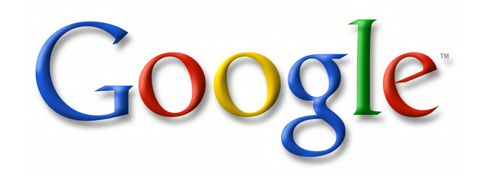
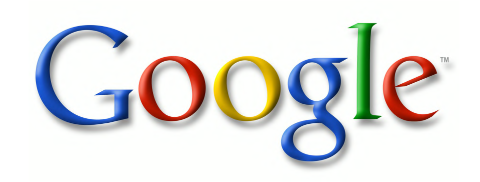
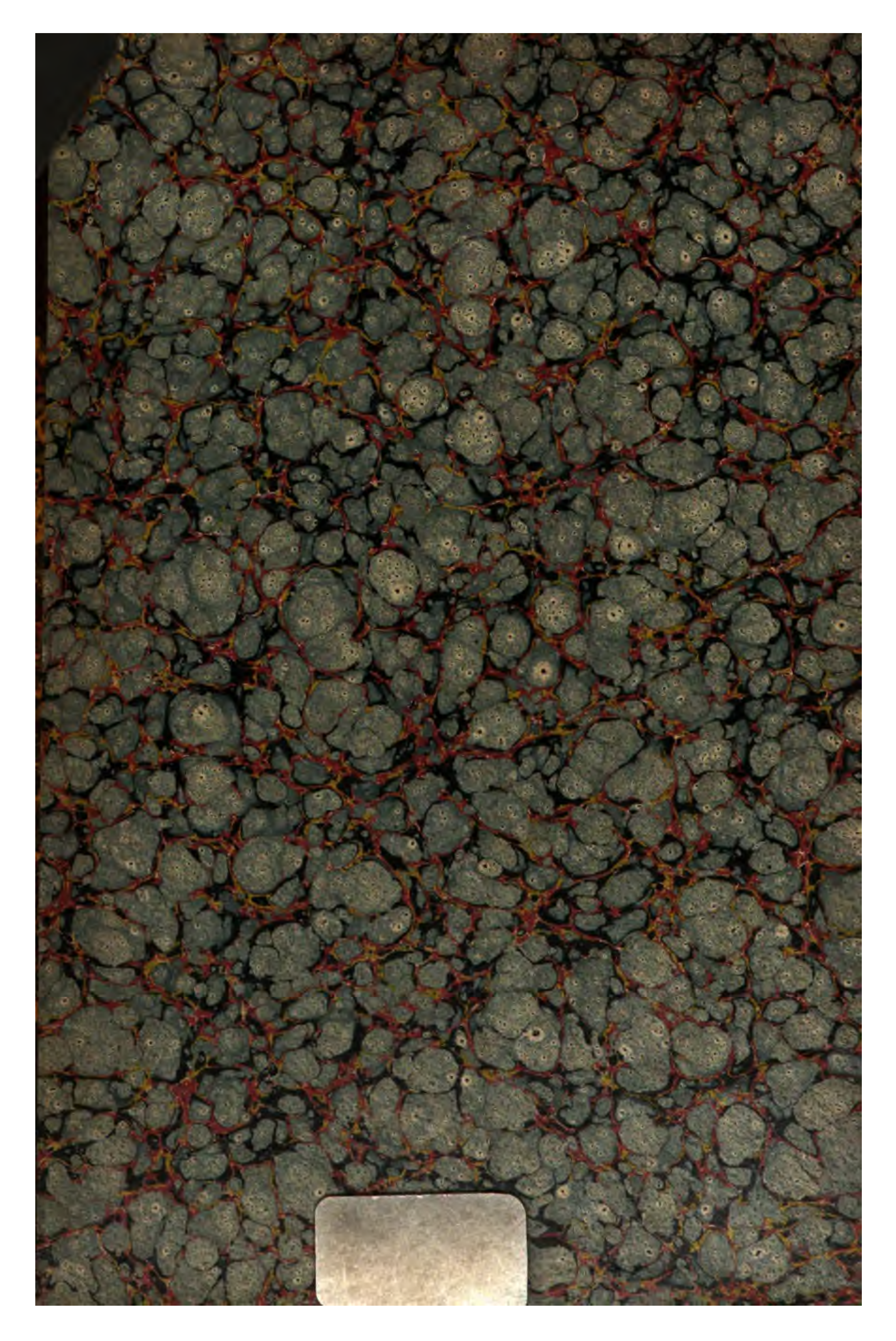








A. E. S.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

1803. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

MÉDECIN DE St-LAZARE

PROFESSEUR LIBRE DE GYNÉCOLOGIE
A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DOCTEUR ÈS SCIENCES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC

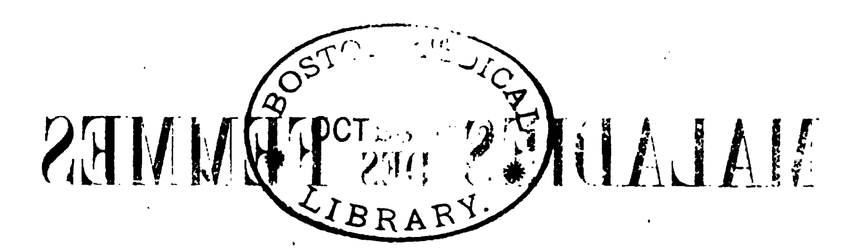
TOME SECOND

1880

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
9, RUE DE SAVOIE, 9

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE



MALADIES DES FEMMES

Le Docteur Alex. CHÉRON

TOME SECOND

1880

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL



REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur JULES CHÉRON.

HUITIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — PANSEMENT OSMOTIQUE.

Applications thérapeutiques du pansement glycériné chargé ou non de substances médicamenteuses.

Le pansement glycériné simple est surtout décongestionnant. Chargé de substances médicamenteuses, il est, en même temps, modificateur actif des surfaces ulcérées ou granuleuses.

Sous l'influence du pansement glycériné, le col utérin diminue de volume. Démonstration à l'aide du cervicimètre du Dr Chéron.

Application du pansement glycériné au traitement de la congestion simple de orme passive. Mode d'action.

Application à la décongestion pendant la grossesse. Rôle et importance, dans ce cas, du pansement glycériné.

Application au traitement de la congestion hémorrhagipare. Mode d'action.

La congestion est le phénomène initial de la métrite chronique. Utilité du pansement osmotique.

La plupart des affections utérines se compliquent de congestion ou voient celle-ci survenir dès leur début. Généralisation de l'emploi du pansement osmotique (hémorrhagie, métrite, périmétrite, corps fibreux. etc.)

Importance de l'emploi du pansement osmotique après les opérations pratiquées sur le col utérin ou sur l'utérus lui-même par la voie vaginale.

MESSIEURS,

Nous en avons fini avec l'étude des conditions physiques du pansement osmotique glycériné, chargé ou non de substances médicamenteuses. Pour épuiser la question, il ne me reste plus qu'à vous exposer les applications thérapeutiques de ce remarquable moyen sans cesser d'avoir pour objectif le traitement de la congestion utérine.

Sans tenir compte de son action topique, qui n'est pourtant pas à dédaigner, le pansement vaginal pratiqué à l'aide de la glycérine seule est essentiellement décongestionnant. En effet, ainsi qu'il résulte des nombreuses expériences que je vous ai rapportées, la glycérine, à 30° Baumé emprunte aux tissus vivants une quantité de liquide aqueux égale à peu près, en moyenne, à dix fois son poids. La composition de ce liquide qui se rapproche de la lymphe plus que du sérum du sang, la richesse du système lymphatique de la région, peuvent faire supposer que c'est surtout à ce dernier système plutôt qu'aux vaisseaux sanguins qu'est fait cet emprunt de liquide. — Mais, s'arrêter à cette manière de voir et faire des efforts pour résoudre la question dans ce sens nous détournerait, sans aucun profit, de l'étude que nous poursuivons ensemble. C'est pourquoi, je vous propose, le fait de la perte de liquide restant bien établi, de les considérer comme un phénomène de décongestion, sans même rechercher si l'endosmose [illegible] modifier la composition chimique des liquides de

l'organisme qu'elle entraîne, la chose étant inutile à l'étude clinique des résultats.

Le pansement osmotique glycériné est décongestionnant de l'appareil utéro-ovarien et des tissus qui l'entourent ; en un mot il diminue l'état de distension des vaisseaux et le volume des organes sur lesquels il agit. Comment pouvons-nous nous en assurer ?

Deux moyens s'offrent à nous : l'étude du changement de coloration du col, d'une part ; l'étude du changement de volume de cet organe, de l'autre.

Pour apprécier la modification de coloration que le pansement glycériné imprime à la muqueuse du vagin et principalement à celle qui recouvre le col de l'utérus, il suffit de regarder avec attention et de posséder la mémoire de l'œil. Mais pour tirer bon parti de ce moyen d'observation, il est indispensable de se mettre dans les conditions que voici :

Observer à la lumière du jour ;

Placer le sujet observé à un mètre et demi ou deux mètres d'une fenêtre bien éclairée, sans éclairage direct, ou par réflexion de la lumière solaire.

En effet, il est impossible de se rendre compte des modifications de coloration subies par les muqueuses, si on examine à la lumière artificielle. Le verre bleu que les constructeurs placent, aujourd'hui, au foyer de la flamme du réflecteur, ne suffit pas à transformer la lumière jaune en lumière blanche.

Si après avoir regardé attentivement un col congestionné, on parvient à fixer la teinte dans le souvenir, il sera facile, tant sera bien accusée la différence, aussitôt après avoir enlevé le pansement glycériné, il sera facile, dis-je, d'apprécier la décoloration subie par la muqueuse.

Je ne me suis pas contenté de ce mode d'appréciation qui est plus que suffisant pour l'observation pratique, je suis arrivé à fixer sur le papier, à l'aide de l'aquarelle, les teintes de la congestion de façon à démontrer d'une manière précise, à plusieurs observateurs à la fois, la modification que le pansement glycériné imprime à la coloration des muqueuses congestionnées.

Mais un moyen plus précis s'offrait à moi pour démontrer combien le pansement glycériné modifie l'état du col utérin, la mensuration.

Malheureusement il n'existait aucun instrument destiné à mesurer les diamètres du col de l'utérus, et le compas, qui le premier s'offrit à mon esprit pour m'aider à atteindre ce but, ne peut être retiré du spéculum avec les branches écartées.

Après avoir étudié la question, je fis construire par notre habile constructeur d'instruments de chirurgie, M. Collin, un mensurateur du col auquel je donnai le nom de *cervicimètre* et dont voici le dessin et la description :

C'est un véritable compas d'épaisseur facile à manier dans le spéculum et sur le manche duquel se lit aisément la mesure de la course de ses deux branches mensuratrices.

Il se compose d'une tige creuse dans l'intérieur de laquelle chemine une tige pleine mue par une vis à sa partie inférieure, et fixée par son extrémité supérieure à deux bras de levier qui déterminent l'écartement des deux branches du compas. Une roue dentée, à laquelle est fixée une aiguille qui parcourt un cadran divisé, est liée aux mouvements de la tige centrale qui écarte ou rapproche les deux branches.

L'écartement maximum donné à ces deux branches est de 6 centimètres. Jusqu'à ce jour, malgré le nombre considérable de cols que j'ai mesurés, je n'ai rencontré qu'une seule fois un semblable diamètre.

A l'aide de cet instrument, j'ai constaté sous l'influence du pansement glycériné des variations de diamètre fort remarquables. J'en ai relevé un certain nombre sur mes notes afin de vous faire juger de l'importance des résultats.

Engorgement consécutif à une congestion chronique : 42 millim.

de diamètre transversal ; vingt pansements glycérinés, diamètre transversal réduit à 34 millim.

Congestion chronique : diamètre-transversal = 44 millim. ; vingt pansements glycérinés, réduction à 36 millim.

Congestion chronique, première période de la métrite chronique (infiltration) : diamètre transversal = 45 millim. ; réduction à 34 millim. sous l'influence de vingt pansements glycérinés.

Métrite lymphatique. Col énorme : diamètre transversal = 6 millim. réduction à 46 millim. avec vingt pansements glycérinés.

Je viens de choisir parmi les nombreux cas que j'ai suivis avec soin, ceux chez lesquels la réduction s'est produite de la façon la plus remarquable.

Dans tous les cas il y a perte du liquide aqueux que vous connaissez, dans tous les cas, la coloration de la congestion s'atténue, dans tous les cas, il y a une diminution de volume du col utérin. Vous comprenez, Messieurs, d'après la nature des résultats, que ces derniers soient corrélatifs et que la production du premier entraîne fatalement l'existence des deux autres.

Occupons-nous maintenant à apprécier l'utilité et le rôle du pansement glycériné dans les différentes sortes de congestion utérine.

Si vous voulez bien vous rapporter aux leçons précédentes, vous vous rappellerez la façon dont nous avons résumé les indications thérapeutiques :

1° Produire la déplétion des systèmes circulatoires de l'utérus ; 2° maintenir cette déplétion en rendant, aux centres vaso-moteurs de la moelle et du sympathique lombaire, leur activité tonique.

Ce n'est pas encore le moment de nous occuper de la seconde de ces indications, la première seule doit attirer toute notre attention.

Quel est le but que je me propose, Messieurs, en amenant la déplétion des systèmes vasculaires de l'utérus à l'aide du pansement glycériné, dans la congestion passive ?

Dans la première forme de cette affection, alors qu'un obstacle s'oppose au retour facile du sang vers l'organe central, alors qu'un fibrôme occupe l'utérus et comprime les gros vaisseaux en produisant

une congestion considérable de l'appareil utéro-ovarien, le pansement glycériné ne saurait avoir une action curative; c'est une simple action palliative qu'il faut se garder de dédaigner. En effet, par la déplétion qu'il produit et qui peut être souvent répétée avec avantage, le pansement osmotique diminue l'hypernutrition dont le fibro-myôme et le tissu utérin sont le siège, et éloigne la tendance aux ménorrhagies en modifiant, par cette sorte de saignée du système lymphatique, le stimulus irritatif dont la tumeur, sans cesse froissée par les organes voisins, est le point de départ.

Que de fois il m'est arrivé de faire un pansement glycériné, après avoir fait une application d'intermittences du courant continu d'après ma méthode, chez des malades atteintes de tumeurs fibreuse, lorsque le col gros et violacé démontrait la distension congestive de l'appareil circulatoire des organes génitaux. — Et sous l'influence de ce moyen déplétif, l'effet d'allégement éprouvé par la malade se trouvait grandement accru.

Dans ces cas de congestion par compression des vaisseaux, on ne peut pas espérer, Messieurs, de voir la déplétion, s'unissant au retour du tonus des centres d'innervation vaso-motrice, amener la guérison de la congestion utérine. Ce n'est pas possible, puisque la cause persiste, mais on peut empêcher la congestion de prendre des proportions aussi considérables, et par cela même, s'il s'agit d'un corps fibreux, par exemple, on peut, par ce moyen, contribuer à enrayer son développement, la tendance hypertrophique de l'utérus, la fréquence et l'intensité des ménorrhagies.

Dans la seconde forme de congestion utérine où les centres d'innervation vaso-motrice perdent leur activité tonique sous l'influence d'une irritation périphérique, dont le point de départ est, le plus souvent, à l'appareil utéro-ovarien, au col principalement, le pansement osmotique produit avec avantage la déplétion, pendant que l'autre indication, remplie dans le même temps, complète l'action curative. Mais, en dehors de son action déplétive, il agit, en outre, comme topique, et c'est dans ce cas, surtout, que l'adjonction de substances modificatrices de surfaces érosionnées ou ulcérées trouve

son utile emploi (tannin, salicylate de soude, chlorate de potasse, etc.).

Intermédiaire à ces deux formes, Messieurs, se trouve la congestion utérine toute physiologique qui apparaît au début de la grossesse. — On ne saurait admettre que cet état congestif si accusé dès le premier mois de la conception puisse être le résultat d'une compression des vaisseaux de retour. Il est plus rationnel de penser, et c'est d'ailleurs l'avis des physiologistes, que l'ovule s'implantant dans la muqueuse utérine, frappe d'inertie, par irritation transportée aux ganglions du sympathique et à la moelle lombaire, les centres d'innervation vaso-motrice. Un grand développement, la compression des vaisseaux peut s'ajouter à la paralysie des centres vaso-moteurs, et exagérer, de ce fait, l'état congestif de l'utérus.

Ne croyez-vous pas, Messieurs, que cette énorme congestion utérine ne soit point une des causes, la principale probablement, de cet ensemble de troubles, de malaises dont souffrent les femmes pendant la grossesse? Ne croyez-vous pas qu'il soit possible d'y porter remède, dans une large mesure?

Ceux d'entre vous qui suivent les malades, pendant quelque temps, à ma clinique, ont pu voir avec quel véritable succès ont pu être conduites jusqu'au terme de la grossesse des malades qui désespéraient d'y arriver, n'ayant fait jusqu'à ce moment-là que fausses couches sur faussescouches.

Les cas les plus intéressants de ma clinique, je vous les ai signalés déjà, vous avez pu les suivre; je tiens à vous en rapporter un, fort remarquable, emprunté à la clinique privée.

Au mois d'août 1874, une jeune femme de vingt-six ans m'était adressée par un confrère.

Elle avait eu cinq grossesses. La première s'était terminée à sept mois par l'accouchement d'un enfant mort depuis peu de jours. La seconde s'était terminée à huit mois, enfant mort et macéré. La troisième à sept mois, enfant mort depuis peu de temps. La quatrième à six mois, enfant mort et macéré. La patiente avait pu porter sa cinquième grossesse jusqu'à terme, mais, comme dans les grossesses précédentes, elle avait accouché d'un enfant mort

ayant subi une véritable macération. Depuis un mois, d'ailleurs, disait-elle, elle ne l'avait plus senti remuer.

Vous devez vous figurer, Messieurs, avec quel soin j'examinai la malade qui m'était confiée !

Un examen local me fit reconnaître l'existence d'un utérus énorme dépassant le pubis ; le col considérablement développé portant sur le plancher vaginal.

Dans le cul-de-sac postérieur une masse ronde et dure faisant corps avec l'utérus et avec le col pouvait être considérée comme le fond de l'organe rétrofléchi. Le cathétérisme venait donner gain de cause à cette manière de voir.

Il fallait que l'utérus eût acquis un développement bien considérable pour qu'il fût possible de l'atteindre par la palpation, au-dessus du pubis, malgré son état de rétroflexion.

Au spéculum, le col gros, et d'un violet pâle, présentait sur les deux lèvres une ulcération fongueuse. Un liquide séro-purulent s'écoulait par le canal cervical.

La malade aux chairs transparentes, au nez gros et épaté, portait au cou des cicatrices anciennes d'adénites suppurées et sur la jambe gauche, au niveau de la crête du tibia, une large plaque rougeâtre, vestiges d'un ulcère scrofuleux réparé depuis peu.

Apprécier que ce sujet strumeux portait une affection utérine de même nature que la diathèse, telle était la conclusion logique à tirer de l'examen local et de l'examen général.

Quant à la rétroflexion on pouvait supposer qu'elle s'était produite à l'un quelconque des accouchements par régression utérine incomplète, et vu la période avancée de l'avortement, ce n'est point à cette lésion que les accidents pouvaient être imputés, mais bien à la métrite de forme spéciale en rapport avec l'état diathésique de la malade.

Que faire, Messieurs, en pareil cas !

Modifier l'état général, modifier profondément la texture de l'utérus : telles furent les indications thérapeutiques qui me semblèrent devoir être mises en œuvre.

Avant d'employer le pansement glycéro-tannique sur l'application duquel je croyais pouvoir compter pour modifier l'utérus, je mesurai le col au cervicimètre — 54 millim. ; et le traitement fut commencé avant tout traitement général. Huit pansements avaient été faits dans l'espace d'un mois et la quantité de liquide aqueux était considérable, lorsque, le mois suivant, les règles ne reparurent pas — Une nouvelle grossesse était commencée. Les pansements furent continués deux fois par semaine sans interruption. Aucun malaise, aucun sentiment de fatigue, aucun accident ne vint traverser le cours de la période de gestation.

La malade s'étant refusée à tout traitement général, les pansements employés seuls pendant deux mois, conduisirent heureusement la grossesse à son terme normal, car elle se termina par la naissance d'un enfant bien portant.

Après le retour des règles, je m'empressai de reprendre le traitement glycéro-tannique, afin de favoriser la régression de l'utérus, et, un mois plus tard, le col mesuré au cervicimètre avait pour diamètre transversal 46 millim. Je continuai l'application du même mode de pansement pendant quatre mois et j'eus la satisfaction de voir l'utérus s'abaisser au-dessous du pubis et le cul-de-sac postérieur ne présenter au toucher qu'une petite masse ronde, appartenant à la face postérieure de l'utérus très-légèrement infléchi.

La malade partit pour les bains de mer dans un état de santé très-satisfaisant.

En 1877, elle devint enceinte de nouveau. Au second mois elle revint se confier à mes soins, et les pansements glycéro-tanniques employés aussitôt suspendirent les vomissements qui la fatiguaient depuis les premiers jours de la conception. Une sensation de pesanteur et une certaine gêne pendant la marche disparurent aussi sous l'influence du traitement local.

Plus inquiète et plus sage qu'à la grossesse précédente, la malade consentit à prendre du sirop de raifort iodé et du phosphate de chaux. La grossesse se termina par la naissance d'un bel enfant et les suites de couches furent des plus simples.

Comme je l'avais fait quelques années auparavant, je recommençai l'application du pansement glycéro-tannique après le retour des règles, et je le continuai pendant trois mois. Il n'existait plus trace de rétroflexion à ce moment-la, et le col mesuré au cervicimètre mesurait à peine 40 millim. dans son diamètre transversal.

Veuillez, Messieurs, arrêter votre attention sur les résultats obtenus à l'aide du pansement osmotique, dans le cas que je viens de vous raconter.

Cette malade a eu cinq grossesses ; cinq enfants mort-nés de six à neuf mois de gestation. Sous l'influence du pansement glycériné employé pendant toute la grossesse, elle porte à terme deux enfants bien portants, à trois années d'intervalle.

L'utérus énorme, incomplétement revenu sur lui-même et rétro-fléchi, reprend un volume normal et voit disparaître la rétroflexion, alors que la régression est favorisée par l'application du pansement osmotique aussitôt après le retour des règles, six semaines après l'accouchement.

Enfin, Messieurs, au commencement de la deuxième grossesse, ce

même mode de traitement local a suffi pour enrayer, en quelques jours, les vomissements qui étaient apparus aux premiers moments de la conception.

De toutes les observations du même genre que j'ai rassemblées depuis plusieurs années, celle-là est assurément la plus intéressante. Vous en citer d'autres n'éclairerait pas mieux cette question que vous avez jugée, *de visu*, sur un certain nombre de malades.

Il resta acquis pour nous, ce fait d'une haute importance : *La femme qui a fait un grand nombre de faussescouches, parce qu'il existe un état morbide de l'appareil utéro-ovarien, peut porter à terme, sous l'influence du pansement osmotique pratiqué pendant tout le cours de la grossesse.*

Aussi ne puis-je que vous répéter ce que je vous disais dans une de mes dernières leçons : Grâce au traitement décongestionnant dont j'ai à vous décrire les différents moyens, la réplétion du double système circulatoire, lymphatique et sanguin, ne peut s'exagérer sans cesse, la déperdition périodique d'une grande quantité de liquide l'en empêche. De sorte que l'utérus restant pendant toute la grossesse dans un état sensiblement normal, le produit de la conception n'ayant à subir ni poussées congestives ni réactions douloureuses de la part de la névralgie lombo-abdominale, non-seulement la grossesse arrive à son terme, mais encore elle est supportée sans souffrances, sans malaises, ce qui, dans bien des cas, doit être considéré comme un immense service rendu aux malades.

Ce n'est pas seulement dans le traitement de la congestion paralytique ou passive que le pansement osmotique peut conduire aux meilleurs résultats, la congestion hémorrhagipare elle-même peut largement bénéficier de ce moyen de traitement.

Vous vous rappellerez, Messieurs, que la pathogénie de ces deux formes de congestion est tout à fait distincte.

Ce qui domine la pathogénie de la congestion paralytique et passive, c'est le fait de l'irritation périphérique transportée aux centres d'innervation vaso-motrice dont elle enraye le totus, ou encore le fait d'un obstacle au libre retour du sang vers l'organe central.

La pathogénie de la congestion hémorrhagipare, au contraire, re-

pose sur la connaissance précise du phénomène physiologique qui produit l'écoulement menstruel, que la congestion hémorrhagipare reproduit en entier sous la forme morbide.

Dans le premier cas,il y a absence d'hémorrhagie, mieux que cela, il y a dysménorrhée et même aménorrhée ; dans le second cas, l'hémorrhagie est le caractère pathognomonique de l'affection. Il y a érection de l'appareil musculeux du mésoarium et du mésométrium et congestion consécutive ; on comprend donc que tout moyen thérapeutique, qui pourra faire cesser la cause d'irritation sous l'influence de laquelle l'appareil érectile entre en jeu, exercera sur le phénomène hémorrhagique une action salutaire.

L'irritation périphérique a le plus ordinairement pour point de départ l'appareil utéro-ovarien ; le pansement osmotique, par sa double action topique et déplétive, tend à modifier d'une façon favorable l'état érectile et l'état congestif. Admettons que l'irritation périphérique ait pour siège un organe éloigné, l'action déplétive ne s'en exercera pas moins et mettra obstacle aux résultats accumulés par poussées successives de congestion et le succès pourra être complet si des moyens thérapeutiques appropriés viennent compléter l'action du pansement osmotique, qui,dans le cas contraire,ne serait que temporaire.

Dans les cas de congestion hémorrhagipare, alors qu'il n'existe, s'entend, aucune lésion de la muqueuse utérine, je fais une sorte de tamponnement avec quatre ou cinq tampons d'ouate chargée de glycérine. La déperdition de liquide est considérable et le sang s'arrête. Un petit nombre de pansements suffit pour produire un résultat durable.

Le cas se présente souvent à la clinique, et ce mode de pansement est employé en présence de tous les assistants qui peuvent en suivre les résultats qu'on a soin d'ailleurs de consigner toujours sur les feuilles d'observation. — Le compte rendu de la clinique, relevé pour les deux dernières années, fera mention d'un nombre assez considérable de cas de congestion hémorrhagipare traités de la sorte, avec succès.

Étudions maintenant, Messieurs, une autre application importante du pansement osmotique.

Le phénomène initial de la métrite chronique est représenté par la congestion, habituellement de forme paralytique, quelquefois hémorrhagipare, donnant alors à l'affection une forme particulière que l'on dénomme métrite hémorrhagique.

Dans l'un et l'autre cas, la congestion peut être avantageusement combattue par le pansement osmotique, sans préjudice des autres moyens thérapeutiques dont l'application se trouve indiquée du côté de la moelle lombaire — L'infiltration ou mieux l'engorgement, si bien décrit par Scanzoni, qui fait suite à la période congestive dans la métrite chronique, n'a plus lieu de se développer si la congestion disparaît, et la métrite se trouve enrayée dans son développement.

Par conséquent, il y a un grand intérêt à vulgariser l'emploi du pansement osmotique toutes les fois qu'il existe un état congestif de l'utérus. En effet, si l'organisme est indemne de maladie constitutionnelle ou de diathèse, la congestion pourra donner lieu à l'engorgement comme effet mécanique de celle-ci et la modification de texture n'ira pas plus loin. — Mais si l'organisme, siège de cet état congestif de l'utérus, est un organisme atteint de diathèse ou de maladie constitutionnelle, la congestion donnera lieu à l'engorgement ou l'infiltration, la prolifération du tissu conjonctif ne tardera pas à se faire et la métrite parenchymateuse chronique ou l'endométrite, suivant la nature de la diathèse, parcourront leurs différentes périodes.

Le pansement osmotique glycériné, en produisant la déplétion du système vasculaire de l'appareil utéro-ovarien, permettra aux moyens dirigés vers les centres médullaires, de rendre utilement aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité perdue, et par conséquent de maintenir cette déplétion qui caractérise la disparition de l'état congestif. — C'est le but vers lequel doivent tendre les efforts du clinicien, afin d'empêcher l'évolution de la métrite chronique dont la congestion utérine est le phénomène initial.

Vous voulez bien accepter, Messieurs, que la congestion se retrouve à quelques rares exceptions près, dans toutes les affections utérines. L'observation d'une part, les déductions logiques tirées de l'état anatomique et de l'étude des fonctions, d'autre part, vous ont conduits à cette manière de voir que j'ai souvent développée devant vous.

La pathogénie de la congestion nous a montré cet état morbide survenu tantôt sous l'influence d'un obstacle au retour du sang vers l'organe central, tantôt sous l'influence d'une irritation périphérique de siège varié, abolissant d'une façon temporaire ou permanente l'activité tonique des centres d'innervation vaso-motrice.

Le plus habituellement, cet obstacle au retour facile du sang vers l'organe central a pour siège l'appareil utéro-ovarien. Il en est de même de l'irritation périphérique qui paralyse les centres d'innervation vaso-motrice de l'utérus.

Qu'il y ait tumeur fibreuse, mole ou grossesse comme dans le premier cas, ulcération du col, endométrite avec ou sans hémorrhagies, métrite chronique, kyste ou polype du col ou de l'utérus lui-même, périmétrite, adeno-lymphangite péri-utérine, etc., comme dans le second, la congestion effet ou cause, tend à accroître le travail morbide, à s'opposer à la guérison.

Le traitement de la congestion utérine domine donc la thérapeutique de toutes les affections de l'utérus. C'est par elle qu'il faut commencer, et souvent le traitement rationnel dirigé contre elle suffira, non-seulement pour améliorer l'affection utérine, mais encore pour la guérir.

Je n'ai plus qu'un mot à vous dire, sur l'importance de l'emploi du pansement osmotique après les opérations pratiquées sur le col utérin ou sur l'utérus lui-même, par la voie vaginale.

La première application du pansement glycériné sur le col de l'utérus est due au chirurgien Sims, qui appliqua un tampon de charpie imbibée de glycérine sur un col utérin qu'il venait de traiter chirurgicalement. Il constata l'écoulement d'une certaine quantité d'un liquide aqueux, et rapporta le fait, dans son *Traité de chirurgie utérine*, sans pousser plus loin l'interprétation du phénomène..

Depuis plus de dix ans, je ne pratique jamais une opération sur le col de l'utérus, ou sur l'utérus, par la voie vaginale, sans faire aussitôt l'application d'un pansement osmotique. — Cautérisation, saignée du col, ouverture de kyste, amputation du col, ablation de polypes utéro-folliculaires ou fibreux, injections intra-utérines, etc. : jamais

je ne pratique l'une quelconque de ces opérations sans faire ensuite un pansement glycériné.

J'ai pour raison de ce *modus agendi*, non-seulement l'étude à la fois physique et clinique que nous avons poursuivie ensemble, mais encore certaines vues théoriques sur les rapports de la congestion et de l'inflammation, parfaitement acceptées par les physiologistes.

Tout tissu qui subit un traumatisme devient le siège d'un travail de congestion d'abord, inflammatoire ensuite, que vous connaissez, j'en suis certain. Dans ce travail inflammatoire, les deux systèmes vasculaires, sanguin et lymphatique, jouent le plus grand rôle. Tout moyen thérapeutique qui modérera ce travail et diminuera les chances de propagation inflammatoire par les lymphatiques, propagation inflammatoire si fréquente et si dangereuse dans les opérations pratiquées sur l'utérus, aura une action sérieusement efficace dans la réparation des tissus.

Or le pansement osmotique possède bien une action décongestionnante, la chose a été prouvée dans le cours de ces leçons. C'est donc un modérateur de l'état inflammatoire local dans les plaies chirurgicales, c'est à juste titre que vous l'emploierez après chaque opération pratiquée sur l'utérus. —Insister sur ce mode d'action, en pareil cas, nécessiterait de nombreuses redites que je tiens à éviter.

D'après de longs développements que j'ai consacrés à la question, vous comprendrez, Messieurs, et vous approuverez, je l'espère, que je tente de généraliser l'emploi du pansement osmotique, que dans la plupart des affections utérines je conseille d'en faire usage, sans négliger, bien entendu, les autres indications thérapeutiques.

Ne croyez pas, et surtout ne me faites pas dire, que le pansement osmotique est un moyen à l'aide duquel je compte guérir toutes les affections utérines. — C'est un moyen déplétif et rien de plus ; son indication thérapeutique se retrouve à chaque instant, mais si l'on bornait à son seul emploi la thérapeutique des affections de l'utérus, la prétention serait ridicule et ne se justifierait pas par les résultats.

C'est un moyen thérapeutique remarquable qui, employé seul dans quelques rares circonstances, il est vrai, peut rendre de grands services, mais dont l'indication thérapeutique ne se sépare pas, en

général, des autres indications que l'étude de la pathogénie de la congestion utérine, faite avec vous, m'a permis de vous exposer dans une des leçons précédentes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ORIGINE SPINALE DU VAGINISME

Par le docteur JULES CHÉRON.

J'ai rapporté dans les numéros de mai et de juin de cette Revue deux cas de vaginisme, l'un traumatique, l'autre spontané, qui militent comme les précédents en faveur de l'origine spinale de cette affection.

Plus j'avance dans l'étude des affections des organes génitaux de la femme, sans perdre de vue l'état de la moelle épinière, plus je reste convaincu que toute souffrance de l'un quelconque des organes de l'appareil génital affecte un département spécial de la moelle et que les névralgies intercostales, lombaires, sacrées, de même que les points apophysaires sont la traduction de l'état pathologique de la région médullaire. Cela permettra plus tard une classification des localisations médullaires dans ses rapports, non-seulement avec les affections des organes génitaux, mais encore avec celles de la plupart des lésions fonctionnelles ou organiques de tous les organes thoraciques ou abdominaux.

Pour le moment et pour rester dans le sujet, je rappellerai que les affections vulvaires éveillent une sensibilité morbide dans la région dorsale, tandis que les affections du vagin coïncident avec les points apophysaires de la région cervicale inférieure.

Ces assertions reposent sur l'observation personnelle d'un très-grand nombre de faits. Il m'a paru nécessaire d'attirer l'attention des

observateurs sur cette intéressante question avant de rapporter des faits nouveaux relatifs à la doctrine de la corrélation pathologique de la moelle et des organes génitaux.

Je compte résumer, dans peu de temps, à propos de l'étude de la pathogénie du vaginisme, tous les faits qui ont servi de base à la doctrine physiologique de l'origine spinale des affections des organes génitaux de la femme que je m'efforce de répandre par l'intermédiaire de cette Revue.

Troisième observation. — Cas de vaginisme chez une femme mariée depuis cinq mois. — Rapports sexuels faciles. — Hypéresthésie vulvaire au troisième mois, en rapport avec un commencement d'endométrite, avec adéno-lymphangite péri-utérine. — Contracture vulvaire au quatrième mois. — Points apophysaires douloureux dans la région lombo-sacrée et *au niveau des septième et huitième dorsales.* — Traitement local purement émollient. — Traitement des points douloureux apophysaires. — Guérison du vaginisme. — Grossesse.

Une dame espagnole âgée de vingt-huit ans, mariée depuis cinq mois, vient réclamer mes soins pour une affection douloureuse des parties sexuelles survenue depuis deux mois et empêchant d'une façon absolue les rapports depuis un mois, au moins.

La malade raconte que dans les premiers jours du mariage elle a beaucoup souffert, mais que la sensibilité de la vulve ayant disparu après quelques semaines, les rapports sexuels avaient pu s'accomplir sans déterminer aucune souffrance.

Après les troisièmes règles depuis le mariage, il survint un sentiment de lourdeur dans le petit bassin, une grande difficulté à marcher ou à se tenir debout longtemps, des pertes blanches, et peu de jours après, une sensibilité très-grande à la vulve, surtout du côté droit. Les rapports quoique très-pénibles étaient encore possibles. Après les quatrièmes règles depuis le mariage, la vulve devint d'une sensibilité telle que la malade osait à peine, pour les soins de toilette, lotionner, avec une éponge, cette partie qui, disait-elle, s'était complétement fermée. — Toute approche du mari était devenue impossible.

Après avoir employé les bains de son et de carbonate de soude et l'application d'une pommade belladonée qui lui avaient été conseillés, n'éprouvant aucune modification dans son état, elle vint me consulter un mois et demi après le début de cette affection.

L'examen de la vulve, fait avec douceur, permet de constater l'état de contracture du constrictor Cunni et les efforts violents de contraction réflexe au moindre attouchement. L'index enduit de cérat, poussé lentement, franchit l'orifice vulvaire et retrouve à droite le point douloureux dès le début, signalé par la malade. — Toute tentative d'investigation plus complète doit être suspendue, la patiente accusant une souffrance atroce, sur le point, dit-elle, de lui faire perdre connaissance.

L'exploration de la région dorso-lombaire est pratiquée avec soin. La région lombo-sacrée se trouve être le siège de nombreux points apophysaires ou nerveux, douloureux à la pression.

Dans la région dorsale deux points apophysaires seulement existent, *au niveau des septième et huitième dorsales.*

Sans prescrire l'emploi d'aucun moyen local, les tentatives de rapports sexuels étant interdites, nous faisons appliquer deux fois par jour sur la région endolorie (7me et 8me dorsales) une compresse de flanelle recouverte d'une toile imperméable, imbibée d'un liniment contenant des substances révulsives et calmantes.

Cinq jours après, une tentative d'introduction de l'index est couronnée de succès. Quoique très-pénible encore, l'introduction peut être faite avec une certaine facilité. Les contractions du sphincter sont beaucoup moins énergiques.

Le traitement est continué pendant quinze jours encore, après lesquels nous pouvons introduire un petit spéculum bivalve.

La malade refuse l'application de vésicatoires ou de pointes de feu qui lui sont proposées, le traitement local est alors institué dans le but de hâter la guérison.

Des mèches enduites de cérat belladoné sont poussées dans le vagin et des injections avec de l'eau de son et de morelle sont pratiquées deux fois par jour.

La malade ne peut supporter l'application des mèches. Une exploration faite profondément, à l'aide du toucher et du spéculum,

permet de constater l'existence d'une lésion ulcéreuse du col et du canal cervical, l'ouverture béante de l'isthme et l'écoulement d'un liquide jaune, purulent, mal lié, caractéristique de l'endométrite utérine.

Nous trouvons là l'explication de l'existence de la névralgie lombo-sacrée et probablement aussi du vaginisme, les cas de vaginisme survenu sous l'influence d'une lésion utérine n'étant pas rares dans la science.

L'endométrite est traitée par les injeotions intra-utérines avec le salicylate de soude 10 p. 0/0.

Afin de ne pas froisser l'anneau vulvaire en introduisant des pansements glycérinés, nous donnons la préférence à des injections vaginales de glycérine pure à la dose de 60 gr., retenues dans l'organe par la position et l'obturation de la vulve, à l'aide de l'ouate appliquée à plat et maintenue par un bandage en T.

Des applications sédatives sont faites sur la région lombaire.

Le traitement de l'affection utérine marche de pair avec le traitement médullaire et la malade guérit en quatre mois sans aucun traitement local autre que les injections émollientes, puisque les mèches belladonées n'ont pu être supportées.

Les rapports sexuels sont permis alors que le spéculum passe facilement et la malade devient grosse. Elle quitte Paris au sixième mois de la grossesse.

Il n'existe ni douleur à la vulve ni sensibilité à la pression aux apophyses épineuses des septième et huitième dorsales.

Ce cas de vaginisme, à notre avis, doit reconnaître pour cause l'endométrite survenue à la première heure du mariage chez une herpétique. L'hypéresthésie vulvaire a été le prélude de l'apparition du vaginisme ; c'est elle qui produit l'irritation spinale localisée au niveau des septième et huitième dorsales. C'est cette hypéresthésie vulvaire qui envoie à la moelle dorsale cette excitation douloureuse qui ramène une contraction réflexe sur le constricteur de la vulve.

Ce nouveau fait prouve, comme les précédents, que toute affection des organes génitaux de la femme est en corrélation avec la souf-

france d'une partie déterminée de la moelle épinière, dont il importe de modifier l'état morbide, si on veut arriver, d'une façon rapide et sûre, à la guérison de l'affection de l'appareil sexuel avec laquelle elle est en rapport.

Quatrième observation. — Cas de vaginisme en rapport avec une vaginite herpétique chez une jeune fille de dix-huit ans. dépérissement. — Tentative infructueuse de traitement direct de la vaginite.—Points apophysaires et nerfs immergents douloureux (7me et 8me dorsales). — Traitement des points douloureux apophysaires, modification du vaginisme, possibilité de traiter directement la vaginite, guérison complète du vaginisme.

Une jeune personne de dix-huit ans que j'ai connue tout enfant, et dont la mère a succombé aux atteintes de la phthisie chronique, a passé cinq années (de douze à dix-sept) dans le nord de la Hollande. Il y a un an, son père dut la faire revenir à Paris, le médecin ayant déclaré que le dépérissement et les pertes blanches ne cesseraient qu'en abandonnant le climat humide et froid des Pays-Bas.

Pour arrêter ces pertes blanches, un examen direct avait été pratiqué, afin de tenter l'introduction d'un liquide modificateur, mais toute introduction de canule avait été impossible.

La jeune malade se rappelle qu'à l'âge de quinze ans, époque à laquelle elle fut réglée pour la première fois, elle éprouva de vives douleurs dans la région des reins et dans le dos, que ces douleurs réapparurent souvent depuis lors et qu'à chaque retour, des pertes blanches abondantes les accompagnaient. Peu à peu les douleurs persistèrent à l'état permanent ainsi que les pertes blanches, et la vulve devint douloureuse au toucher dans les soins de propreté. Plus tard cet organe devint le siège d'un état de tension douloureuse s'accompagnant *de mouvements* qui donnaient à la jeune malade des secousses pénibles qu'elle comparait aux secousses électriques.

Après avoir reconnu par l'examen direct la contracture du sphincter et l'impossibilité de rien tenter localement pour améliorer la va-

ginite, toute notre attention se concentra sur la région dorso-lombaire de la moëlle.

Les apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales étaient douloureuses à la pression aussi bien que les nerfs émergents. La région lombo-sacrée présentait aussi de nombreux points douloureux, ce qui d'après nous indiquait un état morbide des organes de l'appareil utéro-ovarien.

Des applications de chloroforme, d'essence de térébenthine et d'extrait thébaïque furent faites, matin et soir, sur la région dorsale endolorie.

Sous l'influence de ces applications, le spasme du sphincter ne tarda pas à s'amender et il fut possible d'examiner la vulve sans faire pousser à la malade des cris de terreur.

Il y avait à peine un mois que le traitement de la région médullaire intéressée était en jeu, que l'introduction de la canule d'un appareil à irrigations était facilement supportée.

En même temps qu'un traitement général approprié, des injections avec de l'eau tiède chargée de coaltar saponiné étaient faites, matin et soir, pendant trente minutes. Quinze litres de liquide, à peu près, étaient employés à chaque irrigation.

Les pertes blanches diminuèrent très-rapidement ; l'hypéresthésie vulvaire et le spasme s'amendèrent de plus en plus, si bien qu'à l'aide d'un spéculum virgineum, il fut possible de se rendre compte de l'état de la muqueuse vaginale et de celui du col utérin.

La muqueuse vaginale rouge et granuleuse déversait les pertes purulentes qui avaient épuisé la petite malade, et les lèvres du col baignant dans ce liquide étaient rouges et desquamées.

Nous avions affaire à une vaginite granuleuse en relation avec la diathèse herpétique bien manifeste chez cette jeune fille et développée sous l'influence d'un climat humide et froid.

Le vaginisme reconnaissait pour cause la vaginite et la révulsion pratiquée sur la région dorsale (7me et 8me dorsales) avait eu pour résultat d'atténuer le spasme et l'hypéresthésie vulvaire et de permettre le traitement de la vaginite, cause première de l'hypéresthésie : l'hypéresthésie ayant à son tour causé le vaginisme.

D'après ces quelques faits nous pouvons conclure que l'hypéresthésie vulvaire ayant pour siège la membrane hymen ou les caroncules myrtiformes apparaît avec une affection de l'appareil utéro-ovarien, qu'elle produit la souffrance d'un point déterminé de la moelle (7me et 8me dorsales) d'où part, sous la forme réflexe une excitation contractile transportée sur le constricteur de la vulve, phénomène réflexe auquel on donne le nom de *vaginisme*. Tel est, en quelques mots, le mécanisme pathogénétique de cette intéressante affection, mécanisme physiologique qu'il importe de connaître, puisqu'il donne les indications thérapeutiques les plus précieuses, absolument méconnues jusqu'à ce jour.

NOTE SUR QUELQUES PARTICULARITÉS INTÉRESSANTES

QUE PRÉSENTENT LES FEMMES QUI HABITENT ISIDÉRÉ (ILES FÉROÉ)

Par le docteur N.-Chr. LUND.

(Note remise à M. Cahun, bibliothécaire à la Bibliothèque Mazarine, dans sa dernière mission scientifique.)

Isidéré, 25 juillet 1879.

La menstruation fait sa première apparition vers l'âge de seize ans et demi (année 1862, chez dix-huit femmes). Elle est souvent irrégulière, peu marquée ou trop abondante; la chaussure de cuir, qui laisse les pieds toujours froids, paraît être une cause fréquente de ces anomalies de la menstruation.

La fécondité est grande ; de 1852 à 1878 la moyenne des enfants nés vivants, sur mille habitants, a été de 30. 6 par année.

Les femmes accouchent facilement, grâce à une grande largeur du bassin ; pendant les six dernières années, il n'y a eu que quatre accouchements sur 380 (environ 1 pour 100) dans lesquels les instruments aient eu à intervenir.

La loi oblige à avoir recours aux sages-femmes ; celles-ci font ac-

coucher leurs patientes sur le dos. Après la délivrance, les accouchées ne restent au lit que cinq à six jours, très-rarement huit et d'ordinaire se remettent à travailler trop tôt ; aussi les femmes mariées ont-elles bientôt un aspect de mauvaise santé et de faiblesse et des douleurs utérines.

L'allaitement a habituellement une durée de un an et demi à deux ans.

La température du corps semble être un peu plus basse que dans les autres pays.

La température axillaire est de 36° à 36° 6.

Les Feroëns ont une *démarche* assez élégante bien qu'un peu oscillante.

Ils ne savent pas nager, car la chaleur n'est que deux ou trois fois par an assez forte pour permettre et pour donner envie de se baigner.

La chevelure est belle, de toutes couleurs ; pourtant à Isidéré on ne voit que deux individus ayant les cheveux d'un rouge vif, trois ou quatre avec des cheveux légèrement rouges.

La myopie est extrêmement rare.

L'usure horizontale des dents est assez fréquente.

La dentition est excellente ; mais, depuis les vingt dernières années, on a importé des articles de luxe ; les habitants ont adopté une autre manière de vivre, tout cela a amené la production de caries dentaires chez les individus les plus riches. Ainsi aujourd'hui on trouverait un habitant sur vingt avec des dents gâtées.

L'embonpoint est très-rare, environ 1 sur 100.

Les enfants mort-nés sont dans la proportion de deux à trois pour cent sur toutes les naissances.

Les enfants nés de filles mères représentent, pour les années comprises de 1848 à 1875, cinq à six pour cent de toutes les naissances ; mais les parents de ces enfants se marient souvent plus tard.

De 1852 à 1878, on compte 10. 8 p. 100 de morts par accidents ; dans le même espace de temps, sur 694 décès, 254 (c'est-à-dire 36. 6 p. 100) provenaient d'individus ayant atteint de 60 à 101 ans ; 95/1000 enfants vivants moururent à un an ; et la mortalité commune fut de 16. 3 par mille habitants.

N.-Chr. Lund,
M. D.

REVUE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

LAPAROTOMIE DANS LE CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Par WALTER-T. ATLEE et ROBERT-P. HARRIS.

Madame O...., Irlandaise, âgée de trente-cinq ans, mariée depuis seize ans, consulte le Dr Atlee, le 5 septembre 1877, pour des douleurs d'estomac. Toujours bien réglée jusqu'au mois d'avril précédent, le 24 mai elle eut une hémorrhagie abondante. Depuis, les règles n'ont pas reparu. Après examen, M. Atlee dit à madame O.... qu'il la croit enceinte, et lui prescrit de la pepsine, du bismuth et de la strychnine pour ses maux d'estomac.

Le 13 avril suivant, madame O.... revient consulter M. Atlee. D'après les commémoratifs et l'état actuel de la malade, M. Atlee croit qu'elle porte dans la cavité de l'abdomen, en dehors de la matrice, un enfant mort arrivé à terme en janvier; le corps est situé à la partie inférieure du ventre, transversalement, le dos en avant et la tête à gauche. M. Atlee est d'avis d'attendre l'apparition de symptômes de septicémie, avant de tenter une opération destinée à abréger la durée et les souffrances du travail d'élimination.

Un mois après, M. Atlee trouve que ce conseil n'est pas bon, et qu'au contraire, il faut agir sans plus de délai. Il propose une opération immédiate et la malade accepte avec empressement. Pouls à 109, mais aucun symptôme précis de résorption putride.

Le 16 mai, la malade entre à Saint-Joseph (hôpital), dans une chambre particulière.

Comme nourriture, elle ne prend que de l'eau d'orge.

17, soir, purgatif huileux.

18, matin, dix gouttes d'élixir d'opium, lavement ; à onze heures, deux onces de wiskey. La malade est placée sur la table d'opération et chloroformée.

On fait sur la ligne blanche une incision de six pouces de long et commençant un pouce au-dessus de l'ombilic. On trouve le péritoine épaissi et vasculaire, mais sans gros vaisseaux. Il ressemble à la dure-mère enflammée, sans être aussi épais. Par l'incision, un liquide, ressemblant à de la soupe aux pois, s'écoula (une pinte et demie environ) ; le corps de l'enfant apparut le siège en avant, et fut extrait sans difficulté.

La cavité qui le contenait fut nettoyée avec des éponges. Le corps de l'enfant pesait quatre livres deux onces, et semblait être séparé des organes contenus dans l'abdomen par une membrane d'une épaisseur plus ou moins grande.

Le cordon ombilical sectionné, on en laisse un bout d'environ quatre pouces pendu à la partie inférieure de l'incision. On plaça un drain de caoutchouc, on rapprocha les lèvres de l'incision par des sutures, et on fit le pansement ordinaire. Une fois la malade reportée dans son lit, on lui fit au bras une injection de morphine (un quart de grain).

Après l'opération, l'opium associé au bromure de potassium ne fut donné que trois fois, dans le but de faire dormir la malade, le 19, le 21 et le 25. On lui permit d'uriner sur le bassin dès le premier jour, et à partir du 31, on la laissa se lever pour uriner. Première selle sur le bassin le 24 ; seconde selle le 31.

Les quatre premiers jours la malade fut nourrie par des lavements de bouillon concentré (beef-essence), deux onces toutes les quatre heures, à cause des nausées qui durèrent deux jours, et du hoquet qui se prolongea jusqu'au quatrième jour. Ensuite la malade put prendre du bouillon de mouton et du lait. Le 24, elle mangea un peu de pain ; le 26, du beefsteak, et peu à peu elle reprit son régime habituel.

Après l'opération, le pouls était généralement à 105, jamais la température ne s'éleva au-dessus de la normale. Le drain fut enlevé deux jours après l'opération. Pendant deux jours, la plaie laissa échapper un liquide mélangé de particules de matière caséeuse ; en-

suite l'écoulement fut constitué par un pus de bonne nature. Le cordon tomba le 24.

Le 28, pendant que la malade était assise sur son lit, un pus crémeux et abondant (environ une tasse à thé) s'échappa par le vagin. Le toucher vaginal ne permit pas de découvrir un orifice par lequel ce liquide ait pu s'échapper. Cet écoulement vaginal, bien que peu abondant, dura cinq jours.

Le 5 juin et les cinq jours suivants, des lambeaux de membrane furent rendus, et en même temps, une tumeur siégeant dans la fosse iliaque gauche, et du volume d'un poing de moyenne grosseur, disparut peu à peu.

Le 13, la malade retourna chez elle, dans un état de santé très-satisfaisant; la blessure laissait sourdre encore quelques gouttes de pus.

La grossesse abdominale est dite *primitive,* lorsque le fœtus se développe tout d'abord dans la cavité de l'abdomen; elle est *secondaire* quand le fœtus, après s'être échappé de la poche kystique où il a pris naissance, se développe ensuite dans l'abdomen.

De même l'opération est *primitive,* si le chirurgien intervient pendant la vie du fœtus; elle est *secondaire,* si elle est pratiquée après la mort du fœtus.

La laparotomie a été moins fréquemment tentée dans le cas de grossesse extra-utérine que pour l'opération césarienne ou dans le cas de rupture de l'utérus.

Les progrès de la chirurgie et les succès merveilleux obtenus dans l'ovariotomie nous autorisent à entreprendre plus hardiment les autres opérations abdominales. M. Robert Harris, de Philadelphie, pense qu'une fois le diagnostic de grossesse extra-utérine bien établi, il n'est plus permis de considérer l'intervention chirurgicale comme téméraire. C'est au contraire agir sagement que d'opérer sans délai : « Le principal obstacle aujourd'hui, dit-il, consiste non pas tant dans les dangers de la péritonite ou de l'infection septique que dans les difficultés de faire un diagnostic irréfutable.....Si une grossesse tubaire pouvait être à coup sûr reconnue, dès la rupture de la poche, on aurait grande chance de succès, en ouvrant l'abdomen, pour lier les vaisseaux et la totalité du kyste et évacuer le sang épanché. »

La plupart de ceux qui se sont déclarés adversaires de l'opération ont donné pour raison que, malgré la présence d'un produit de conception situé anormalement, des femmes ont pu mener une existence tolérable pendant dix, quinze, trente et même cinquante ans. Ils ont aussi rappelé les cas où les malades ayant refusé l'opération, la guérison avait été due aux seuls efforts de la nature. Ces arguments sont spécieux, car ces cas sont exceptionnels, et beaucoup plus nombreuses sont les femmes qui ont succombé à l'hémorrhagie consécutive à la rupture de la poche fœtale, ou sont mortes épuisées par des convulsions, la fièvre, la diarrhée, la péritonite ou la résorption putride. Lorsque le fœtus est petit, a cessé de s'accroître dans les premiers temps, lorsqu'il est contenu dans la poche kystique où il s'est tout d'abord développé, dans la trompe de l'ovaire, des années peuvent s'écouler en effet, sans que la santé de la femme soit par trop affaiblie ; le produit de conception peut demeurer presque intact, ou bien se momifier, se convertir en une sorte de masse adipeuse ou se calcifier.

On cite de rares exemples où des fœtus même très-développés ont été trouvés bien conservés après plusieurs années ; mais dans les cas de grossesse abdominale secondaire, alors que la poche n'existe plus ou est incomplète, le fœtus mort se décompose au contact des intestins, et la péritonite ou la septicémie s'ensuivent.

Il est un point de la question qui a soulevé bien des discussions et qui est loin d'être résolu : dans la grossesse abdominale, doit-on extraire le fœtus, alors qu'il est vivant ? Doit-on opérer peu après sa mort, ou même attendre qu'un abcès ait fait saillie au dehors ou même se soit ouvert à l'abdomen, dans le vagin ou le rectum ? La méthode ancienne consistait à tout attendre des efforts de la nature. Le chirurgien se bornait à ouvrir l'abcès ou à élargir une fistule déjà établie pour permettre l'extraction du fœtus et créer un passage au placenta, s'il ne pouvait être extrait en même temps.

M. Keller (*Des grossesses extra-utérines*, Thèse de Strasbourg, 1872) cite neuf cas d'opération primitive : quatre femmes, sept enfants furent sauvés. Parry (*Extra-utérin pregnancy*, 1870, p. 229-230) rapporte neuf autres cas (deux femmes guéries, huit enfants vivants). Les statistiques semblent donc établir que l'opération primitive est

plus favorable au fœtus qu'à la mère. Peut-être, dans l'avenir, les progrès du manuel opératoire donneront-ils des résultats plus encourageants. M. Harris pense que, sans hésiter, on doit répudier la pratique des anciens chirurgiens consistant à attendre la formation d'un abcès pour intervenir. Souvent la femme succombe à des accidents autres que la suppuration ; souvent aussi l'abcès, loin d'apparaître aux environs de l'ombilic, comme le prétendaient les partisans de l'expectative, s'ouvre dans le rectum, le côlon, la vessie ou quelque région inaccessible, et la terminaison est fatale.

M. Harris cite quatre cas, empruntés à la pratique de chirurgiens américains, dans lesquels l'opération ayant été différée, ou refusée par les malades, les femmes ont succombé à la diarrhée, à l'épuisement, à la fièvre hectique ou « à la septicémie causée par la résorption putride, consécutive à la décomposition du fœtus ». Il serait désirable de pouvoir déterminer si le fœtus est enkysté et si le kyste adhère aux parois abdominales. Keller (Thèse citée) recommande l'expectative, jusqu'à ce que des adhérences se soient formées entre le kyste et les parois de l'abdomen. Malheureusement, il n'est pas en notre pouvoir de déterminer si ces conditions diverses existent.

Une observation suivie d'autopsie, publiée par le professeur Braun, de Vienne (décembre 1871), prouve qu'une poche fœtale développée dans la trompe de Fallope peut se rompre avant la dixième semaine de la conception, sans que la mort arrive par hémorrhagie.

Dans la grossesse extra-utérine, lorsque la mort n'est pas survenue par rupture de l'œuf, c'est au moment de la maturité du fœtus que la femme court les plus grands dangers ; alors s'opère une sorte de faux travail, pouvant conduire à une issue funeste de bien des manières. Tant de femmes ont perdu la vie au neuvième mois ou peu après, que l'on se demande s'il ne vaudrait pas mieux tenter l'opération que de la différer. Ne serait-il pas préférable d'opérer au huitième mois, que d'attendre la fin du faux travail et la mort du fœtus ?

La grande difficulté, répétons-le, est dans le diagnostic, car une femme peut présenter de nombreux signes de grossesse, sans être enceinte. Elle peut cesser d'être réglée, par suite d'affection des ovaires ; elle peut voir son ventre se développer dans l'espace de

neuf mois à cause d'une tumeur utérine bénigne, elle peut percevoir des sensations analogues à celles que donnent les mouvements du fœtus ; les seins peuvent devenir plus volumineux. Un faux travail peut même s'opérer au bout de neuf mois, mais ce faux travail lui-même n'est le symptôme certain d'une grossesse extra-utérine, que lorsqu'il se produit une hémorrhagie utérine et que le volume du ventre diminue par résorption du liquide amniotique. D'ailleurs, ces importants symptômes, quoique pathognomoniques, apparaissent trop tardivement pour être de quelque utilité pour une intervention hâtive et c'est sur d'autres signes qu'il faut établir le diagnostic.

Une ponction exploratrice lèverait aisément toute difficulté, en permettant de reconnaître la nature du liquide, et en évacuant la plus grande partie du liquide, le palper abdominal ferait reconnaître des parties fœtales. Mais dans bien des cas cette manière d'agir n'a pas donné des résultats bien favorables,et a même paru précipiter une terminaison fatale. Aussi M. Harris pense-t-il qu'on ne doit faire la ponction exploratrice que lorsque l'opération est décidée en principe, et qu'il faut opérer sur-le-champ, si le liquide évacué est du liquide amniotique. Les accidents douloureux, désignés sous le nom de coliques hypogastriques, coliques tubaires, s'accompagnant de vomissements, de collapsus passager, doivent faire songer à une grossesse tubaire et éloigner l'idée d'une tumeur ovarique, alors on pourra craindre qu'une crise plus sérieuse ne se termine par une rupture. La colique tubaire est un signe important,lorsqu'on observe en même temps des signes de grossesse, et surtout lorsque la malade accuse des sensations de mouvements fœtaux.

Les résultats obtenus par M. le Dr Gaillard (Thomas), de New-York, donnent raison aux chirurgiens qui sont d'avis qu'il vaut mieux opérer qu'attendre, et tendent à prouver que la laparotomie entraîne moins de dangers que toute autre méthode de traitement.

Le Dr Thomas a observé pendant ces dix dernières années quatorze cas de grossesse extra-utérine. Dans quatre de ces cas, les malades étaient au début de grossesse tubaire, et moururent de rupture de la poche. Dans l'un de ces quatre cas, Le Dr Thomas proposa l'ouverture de l'abdomen pour arrêter l'hémorrhagie par des ligatures. Mais son

diagnostic ne fut pas accepté par les autres consultants. La femme mourut au bout de soixante heures. L'autopsie montra une légère déchirure sur les parois du sac ; une artériole avait été rompue, et la mort avait été causée par une hémorrhagie lente. Suivant le Dr Thomas, l'hémorrhagie eût été certainement arrêtée, et il est regrettable que l'opération n'ait pas été tentée dans un cas aussi favorable.

Observations 3 *et* 4. — Cas de grossesse extra-utérine traités de bonne heure par la ponction avec un petit trocart. Dans le premier cas, des douleurs survinrent douze heures après la ponction, et la mort arriva avec tous les symptômes de la rupture.

Dans le deuxième cas, la malade était au troisième mois de la grossesse, la ponction amena un grand soulagement, mais la septicémie arriva le dixième jour et entraîna la mort.

Observations 6, 7 *et* 8. — Cas récents, expectative. Pour les numéros 6 et 8, les fœtus furent expulsés par le rectum, et les femmes se rétablirent ; la malade n° 7 succomba à la septicémie.

Observation 9. — Grossesse tubaire gauche, datant de trois mois. Opération par l'incision post-utérine au galvano-cautère, guérison.

Observation 10. — Grossesse abdominale de treize mois, fœtus complétement développé, laparotomie. Guérison.

Observation 11. — Grossesse abdominale datant de vingt-deux mois, fœtus huit livres. Même opération, même résultat.

Observation 12. — Grossesse abdominale de dix-sept mois, fœtus huit livres. Même opération, même résultat.

Observation 14. — Grossesse tubaire gauche de trois mois. On applique deux fois une batterie galvanique. La seconde application provoque de violentes contractions : le fœtus est chassé dans l'utérus et de là au dehors par les voies naturelles. Guérison.

En résumé, quatre laparotomies suivies de succès. Deux cas traités par la ponction et suivis de mort ; dans trois cas, abandonnés aux efforts de la nature, et dont un fatal, le fœtus fut expulsé par le rectum. Quatre grossesses tubaires au début, où la mort fut amenée par rupture. Enfin, une grossesse tubaire avec délivrance par les voies naturelles et suivie de guérison.

Une telle statistique ne prouve-t-elle pas qu'il vaut mieux extraire le fœtus par la section abdominale que d'avoir recours à une autre méthode.

Dans la laparotomie, faut-il extraire le placenta en même temps que le fœtus ? C'est en grande partie par crainte d'une hémorrhagie interne consécutive à l'extraction du placenta que les anciens chirurgiens se refusaient à intervenir.

Aujourd'hui, cette question capitale est tranchée. Il faut laisser à la nature le soin d'expulser le placenta. En l'enlevant, on aurait, en effet, à redouter une hémorrhagie interne fatale, et l'expérience a montré qu'on pouvait laisser le placenta séjourner dans l'abdomen, sans compromettre l'heureuse issue de l'opération.

On doit être très-réservé sur l'emploi des injections antiseptiques après l'opération. S'il n'y a pas de kyste, on peut déterminer une péritonite violente et rapidement fatale. Lorsqu'il existe une poche, l'injection offre moins de danger. Généralement on recommande les solutions faibles d'acide carbonique ou d'acide salicylique ; et ces injections semblent donner de bons résultats. Mais il faut savoir (et M. Harris cite des observations à l'appui de son dire) que parfois ces injections sont aussi dangereuses que la septicémie qu'elles sont destinées à combattre.

Dr Rousseau.

(Archives gén. de méd. — Am. Journal of med. Soc.)

LES PETITS POLYPES MULTIPLES DU COL DE L'UTÉRUS, ET TROIS CAS DE POLYPES SIMPLES DU COL DE L'UTÉRUS.

Par le decteur PÉAN.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui de plusieurs malades offrant des affections diverses de l'utérus, et particulièrement du col de l'organe.

Vous savez que cette portion de la matrice peut devenir le siége d'un grand nombre de productions de nature différente, telles que les polypes et les kystes de toute sorte que l'on y rencontre si fréquemment. Une des variétés de ce dernier genre de maladie se rencontre même très-souvent. Je veux parler des « œufs de Naboth », petites tumeurs qui se produisent par suite de l'oblitération du canal excréteur des glandes qui se trouvent dans la muqueuse. Le mucus ne pouvant plus s'écouler au fur et à mesure de sa production s'accumule à l'intérieur en distendant plus ou moins les parois de la poche ainsi formée.

La femme qui nous occupe en ce moment a cinquante-neuf ans. Elle a toujours été bien portante, et nous ne relevons dans ses antécédents rien qui puisse nous faire supposer qu'elle soit sous l'influence d'une diathèse cancéreuse. Aucune indisposition n'avait donc jusque-là appelé son attention du côté des organes génitaux, lorsqu'il y a trois ans elle vit apparaître des métrorrhagies abondantes accompagnées dans l'intervalle d'un écoulement extrêmement fétide et irritant. Depuis dix-huit mois elle est en traitement, mais tous les moyens employés jusqu'à ce jour ont complétement échoué et la malade est tombée dans un état cachectique assez grave pour que nous nous voyions obligé d'agir promptement et énergiquement. Maintenant, en effet, il nous est permis de constater sur toute la muqueuse du col l'existence de petits polypes, remontant assez haut dans la portion cervicale, pour que nous ne puissions pas obtenir la guérison en enlevant seulement à la partie inférieure la muqueuse, et même une couche peu épaisse de la masse musculaire. Cette opération n'amènerait aucun résultat satisfaisant, car les productions morbides, restant à la partie supérieure, l'état général de la malade continuerait chaque jour à s'aggraver et bientôt elle serait trop faible pour qu'il fût possible de rien tenter pour la guérir.

Les petits polypes que nous avons sous les yeux sont mollasses, violacés, fongueux, saignant facilement ; mais malgré l'âcreté et la mauvaise odeur du liquide qui s'écoule par le vagin, et qui, comme vous le pouvez voir, a macéré pour ainsi dire la vulve, il ne faudrait pas croire que nous soyons nécessairement en présence d'une affection de mauvaise nature.

Comme dans beaucoup de cas de ce genre, la fétidité de l'écoulement serait assez difficile à expliquer, mais le ventre a conservé toute sa souplesse, et, par le palper abdominal et le toucher, nous ne trouvons rien de suspect dans la cavité pelvienne. Au moyen de l'hystéromètre nous reconnaissons facilement que l'utérus n'a pas augmenté de volume.

Quel traitement allons-nous instituer ici?

Ce à quoi nous devons principalement bien faire attention, c'est de rien causer qui puisse devenir le point de départ d'une récidive; en un mot nous devons enlever largement. Le fer rouge ne pouvant pas être conduit assez profondément, et le nitrate d'argent n'étant pas assez énergique à mon avis, et ayant déjà été employé sans succès sur cette malade, je me servirai de la curette de Récamier qui nous permettra, en même temps que nous éviderons autant qu'il nous plaira la cavité du col, de voir s'il n'y a pas de ces productions à l'intérieur même du corps de l'utérus.

Vous voyez, Messieurs, qu'en faisant accomplir quelques tours à cet instrument, appuyant légèrement sur la paroi interne du col, j'enlève et je ramène une masse considérable de petits polypes qui se prolongeaient assez haut pour que la cautérisation ne pût être employée avec quelque chance de succès.

A côté des petits polypes dont je viens de vous parler il en existe d'autres, généralement plus gros, d'un diamètre plus considérable, et revêtant une forme ainsi qu'une marche absolument différentes de celles que nous venons de voir. Je puis, en ce moment, vous en présenter trois cas fort intéressants : le premier nous est offert par une femme de cinquante-sept ans qui n'est plus réglée depuis déjà dix ans, et qui, il y a huit mois, vit apparaître un écoulement leucorrhéique, puis sanguin.

La deuxième femme souffre depuis quatre ans; l'existence du polype n'a été constatée que depuis une quinzaine de jours.

Quant à la troisième malade qui est un peu plus jeune, elle n'a que trente-huit ans; il lui survint, il y a un an, des douleurs rénales assez violentes, et des pertes de sang considérables au moment de ses règles. Depuis un mois, les pertes ont beaucoup diminué, mais elle ressent des douleurs expulsives de l'utérus qui la font énormément souffrir.

Ces trois polypes sont différents par leur volume, et alors que chez la deuxième malade que je vous ai nommée, la tumeur est à peu près grosse comme une châtaigne, en un mot, appartient à la classe des fibrômes pédicules de la cavité du col de l'utérus, chez notre première malade le polype est à peine apparent, et vient faire une légère saillie par l'orifice du museau de tanche.

Le traitement de ces affections a, comme vous savez, beaucoup varié.

Il y a d'abord l'arrachement, qui, s'il est assez facile à employer pour les polypes de la muqueuse, n'est pas sans inconvénients et sans dangers pour ceux qui prennent naissance dans la couche musculaire. L'arrachement par torsion a du moins l'avantage de ne pas exposer à des hémorrhagies parfois difficiles à arrêter.

On peut également faire la section du pédicule au moyen du bistouri ou des ciseaux, mais alors on est exposé à des écoulements de sang abondants, à moins qu'on ne serre au préalable le pédicule entre les mors de nos pinces hémostatiques qui simplifient considérablement l'opération, et évitent des suites aussi fâcheuses. On peut aussi se servir du cautère tranchant, ou de la pince-scie que nous avons fait construire, ou encore de l'anse galvano-caustique.

Quant à la ligature permanente, elle est certainement l'un des moyens le plus communément employés, et je dirai même celui qui est le moins suivi d'accidents tels que la métrite ou la péritonite.

J'ai en effet remarqué, Messieurs, que souvent des polypes assez volumineux, enlevés par les moyens ordinaires que je viens de vous énumérer, n'étaient que très-rarement accompagnés d'accidents, de complications, alors que de très-petits polypes, à peine visibles quelquefois, donnaient lieu à des métrites ou à des péritonites, assez graves parfois pour emporter la malade. Je ne crois pas que ce soit là seulement un hasard ; et bien qu'il puisse se faire que, dans certaines circonstances, un chirurgien ayant enlevé une très-petite tumeur, et peu inquiet sur le résultat à venir, ne donne pas à sa malade des conseils suffisants de prudence, je crois néanmoins, et cette croyance est basée sur de nombreuses observations micrographiques, que certains de ces petits polypes, composés d'une proportion très-

considérable de vaisseaux lymphatiques dilatés, exposent les opérées à des accidents consécutifs que l'on ne voit pas d'ordinaire survenir après l'ablation des gros polypes.

Je pense donc, Messieurs, qu'après des opérations de ce genre, il faut toujours traiter les malades comme s'il devait se faire les jours suivants une inflammation du péritoine ; vous devrez en conséquence faire toujours des applications de glace sur le ventre, et prendre les plus grandes précautions pour qu'une aussi redoutable complication ne se produise pas.

Nous allons opérer ces trois malades par des procédés divers : à la première, je vais faire l'arrachement par torsion ; à la seconde, je placerai une ligature permanente avec un fil métallique que nous pourrons resserrer avec le serre-nœud de la Graefe, laissé à demeure.

Ce procédé, je vous l'ai dit, nous expose moins à des accidents consécutifs.

A la troisième, je ferai la section avec les ciseaux, après avoir, auparavant, placé sur le pédicule une longue pince hémostatique. L'opération étant ainsi pratiquée, nous prendrons exactement les soins que je vous ai indiqués, et il est peu probable que nous ayions à redouter la moindre complication.

(*Paris médical.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 Novembre 1879.

PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

ANURIE ET URÉMIE CHEZ UNE FEMME ATTEINTE DE CANCER DE L'UTÉRUS.

M. Debove lit un mémoire sur les divers accidents dont s'accompagne l'urémie avec anurie complète. C'est à propos d'une malade atteinte de cancer de l'utérus, avec envahissement de la vessie et des uretères, que M. Debove a fait ses recherches en collaboration avec M. Dreyfous, chef de clinique adjoint. Les divers points traités ont déjà été exposés dans une leçon clinique que nous avons reproduite. (V. la *Revue médicale*, 3 octobre 1879, p. 423, n° 40.) Nous renvoyons nos lecteurs à cette clinique qui contient les faits les plus intéressants sur le dosage de l'urée du sang, sur l'élimination de l'urée, et sur la marche de la température dans l'urémie.

(*Revue médicale, française et étrangère.*)

Séance du 10 décembre 1879

PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

OVARIOTOMIE.

M. Chipault (d'Orléans), membre correspondant, adresse l'observation d'une opération de kyste de l'ovaire dans laquelle la mort est survenue à la suite d'une péritonite provoquée par la rétrocession progressive du pédicule dans la cavité abdominale.

TRAITEMENT DE LA CHUTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS PAR LA SUTURE DU VAGIN.

M. Panas lit un rapport sur la pièce présentée dans la dernière séance. Cette pièce a été adressée par M. Zangarol (d'Alexandrie). Il s'agit d'une chute complète de l'utérus, traitée par la suture vaginale, la paroi antérieure ayant été suturée avec la paroi postérieure. Il y a donc deux vagins latéraux, n'admettant chacun que le petit doigt, ou même un porte-plume. L'opération a été faite vingt-huit mois avant mort de la malade et a complétement réussi. La malade était âgée de trente-six ans ; elle avait eu trois accouchements, le premier à l'âge de vingt-trois ans, et le dernier à vingt-neuf ans. La chute de l'utérus datait donc de cinq ans. Elle était compliquée de déchirure du périnée. M. Zangarol fit l'excision de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur de la paroi antérieure, et autant sur la paroi postérieure, et appliqua douze points de suture.

J'ai présenté ici une malade opérée avec succès par le même procédé, d'après la méthode de M. Le Fort. Cette opération est facile à exécuter, parce que les sutures se font à ciel ouvert ; il n'y a pas d'accidents à redouter du côté du péritoine. Enfin, l'opération a réussi dans les trois cas où elle a été pratiquée. L'enlèvement des sutures ayant été assez difficile, il serait peut-être plus rationnel de faire les sutures avec le catgut qu'on pourrait laisser en place.

M. Zangarol a fait la périnéorrhaphie sept mois après la première opération : elle a aussi été couronnée de succès.

Il ne faudrait pas oublier, en pareille occasion, de prévenir la malade des conséquences naturelles de l'opération si on la pratiquait avant la ménopause.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Séance du 12 décembre 1879.

ADÉNO-LYMPHITE PÉRI-UTÉRINE DANS LA MÉTRITE.

M. Martineau cite des observations de M. Lucas-Championnière dans lesquelles il a trouvé de l'adéno-lymphangite péri-utérine chez

femmes mortes de couches. Ces cas, pense-t-il, sont plus fréquents qu'on ne le pense et il croit qu'on a pu dans certains cas prendre cette adénite pour une ovarite.

(Paris médical.)

Séance du 24 décembre 1879.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OVARIOTOMIE, RÉSUMÉ STATISTIQUE DE QUINZE OPÉRATIONS.

Par M. DEZANNEAU, d'Angers.

Rapport.

M. Guéniot : M. Dezanneau se borne à résumer ce qu'il a fait et ce qu'il a vu. Il a exécuté quinze ovariotomies, il compte onze guérisons et quatre morts dont deux par péritonite et deux par dépression vitale et choc opératoire.

Pour attaquer les adhérences, c'est toujours sur les tissus de la tumeur que M. Dezanneau porte l'instrument. Il se montre disposé à suivre désormais la pratique des chirurgiens qui laissent le pédicule dans la cavité abdominale. Il recommande l'immobilité absolue comme traitement préventif de l'inflammation péritonéale. La ponction de l'estomac et de l'intestin dans le cas de météorisme lui a donné d'excellents résultats.

M. Terrier : La pratique de M. Dezanneau ressemble beaucoup à la pratique de la plupart des ovariotomistes. Comme point particulier, M. Dezanneau fait une petite incision de la paroi abdominale, incise le kyste et le déprime afin de pouvoir le faire sortir.

Cette méthode est depuis longtemps employée par les chirurgiens anglais. Spencer Wells croit que la gravité de l'opération est d'autant moins grande que l'incision de la paroi abdominale est plus petite. J'ai vu Spencer Wells opérer de la sorte à Londres et je n'ai pas été très-satisfait du résultat. Il résulte du petit nombre d'observations que j'ai pu recueillir que la relation signalée par Spencer Wells n'existe pas.

M. Trélat : C'est M. Kœberlé qui, dans ses tableaux, met en rapport la longueur de l'incision et la gravité de l'opération.

M. Duplay : Le livre de Spencer Wells, où cette opinion est énoncée, est antérieur aux publications de Kœberlé.

La méthode employée par M. Dezanneau d'introduire la main dans la cavité du kyste pour en rompre les cloisons peut donner lieu à des hémorrhagies très-abondantes.

M. Gillette : Dans le cas de pneumatose, la ponction stomacale ne me paraît pas sans danger ; je préfère la sonde œsophagienne.

M. Tillaux: J'ai opéré cette année, à Beaujon, deux kystes énormes et je ne sais comment j'en serais venu à bout si je n'avais introduit la main dans le kyste pour en broyer les différentes cloisons, je n'ai pas eu d'hémorrhagie.

M. Th. Anger : Dans le cas de gros kystes multiloculaires, je fais le morcellement comme le fait M. Péan ; cela ne donne pas lieu à des hémorrhagies. A l'extrémité inférieure de l'incision il enfonce une longue aiguille courbe qu'il fait ressortir à l'extrémité supérieure de la section. L'extrémité de cette aiguille porte un crochet à l'aide duquel il peut passer deux anses de fil de fer auquel il adapte un serre-nœud ; on peut ainsi enlever des tranches du kyste.

M. Terrier : M. Péan a préconisé surtout cette méthode pour les tumeurs solides ; je l'ai employée, elle ne m'a donné que des résultats déplorables. Dans le cas de tumeurs liquides, elle a été également employée, mais outre qu'elle est dangereuse, elle allonge considérablement l'opération et le résultat obtenu me paraît très-médiocre.

M. Th. Anger : Ce procédé est au contraire d'une innocuité à peu près absolue.

(*France médicale.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 février 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tumeurs kystiques des ovaires. — Cancer squirrheux et colloïde du rectum et du vagin ; fistule recto-vaginale consécutive. — Tumeurs secondaires dans le

foie. — Avortement provoqué à quatre mois et demi. — Mort avec des symptômes d'obstruction intestinale, par CH. MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Cuisonier, Marie, âgée de quarante et un ans, sans profession, entre à la Maternité, le 20 décembre 1870, dans le service de M. Tarnier, remplacé par M. Lucas-Championnière. Réglée à seize ans pour la première fois, elle l'a été constamment d'une façon très-régulière et tous les mois ; seulement, les règles, qui duraient ordinairement huit ou dix jours, n'ont plus, depuis quelques années, qu'une durée de quatre à cinq jours.

Mariée à vingt ans, elle a eu dix accouchements, le dernier en 1878. Six de ses enfants sont vivants et bien portants ; les autres sont morts d'accident en nourrice. Elle a toujours joui d'une bonne santé, et pendant ses grossesses, elle est restée bien portante ; elle avait seulement à souffrir d'une constipation assez rebelle qui apparaissait dès le début et disparaissait vers le quatrième mois ; cette constipation a été surtout marquée pendant la dernière grossesse, et a duré plus longtemps que dans les précédentes. Elle n'a jamais eu de suites de couches pathologiques, et après son dernier accouchement, elle a repris ses occupations en parfaite santé.

Actuellement elle a eu ses règles pour la dernière fois du 22 au 25 août 1878. — Vers la fin du mois de septembre, elle a commencé à être malade ; d'abord, pendant une quinzaine de jours, elle eut deux ou trois vomissements alimentaires chaque jour : puis, dès ce moment, la constipation, dont elle avait tant souffert pendant sa dernière grossesse, s'est montrée de nouveau extrêmement opiniâtre et telle qu'aucun remède ne pouvait la vaincre. A partir de la fin d'octobre, elle était obligée de se lever trois ou quatre fois par nuit, et s'épuisait en vains efforts pour expulser à peine quelques matières fécales durcies. — Du jour où est apparue cette constipation, l'appétit s'est troublé et les forces ont diminué progressivement. Le même état persista, s'aggravant peu à peu, et amenant un amaigrissement considérable, lorsque le 14 décembre, le ventre ayant beaucoup augmenté de volume à la suite d'une constipation de sept jours, la malade prit un purgatif ; elle eut des coliques extrêmement violentes et sentit tout à coup une assez grande quantité de matières fécales, extrêmement fétides, s'écouler par le vagin ; le même écoulement persista très-abondant pendant trois jours, puis continua, mais beaucoup moins fréquent. Le 20 *décembre*, la malade se présente à la

consultation ; c'est une femme de haute taille, bien constituée ; elle est amaigrie et peut à peine se soutenir ; les téguments sont pâles, mais ne présentent pas la teinte jaune paille des cancéreux.

Elle vient, dit-elle, parce qu'*elle perd ses matières par-devant ;* elle se plaint de douleurs dans le fondement, douleurs qui reviennent par élancements aigus, de plus, elle compte être enceinte de trois mois et demi à quatre mois. Le ventre est plus volumineux qu'il ne doit l'être à cette époque de la grossesse ; l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du bord supérieur du pubis ; il y a en bas une vaste zone de matité, au-dessus, du tympanisme. Au palper, on sent au niveau du côlon transverse des masses arrondies, assez dures, qui sont certainement des scybales, on retrouve des masses analogues marronnées *dans le flanc gauche* et on les attribue aussi à la présence des matières fécales. La vulve et le vagin sont très-enflammés et très-sensibles au toucher, la vulve est constamment salie par les matières fécales qui remplissent le vagin. Le toucher vaginal conduit sur un col gros et mou, très-fortement porté en haut et en avant, aplati en quelque sorte derrière la symphise pubienne et absolument immobile ; l'extrémité de l'index pénètre très-difficilement dans l'orifice externe.

Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt sent une tumeur assez volumineuse, et immédiatement en arrière du col une large fente transversale, à bords calleux et irréguliers et par laquelle sans doute le rectum et le vagin communiquent. Le toucher rectal permet d'apprécier plus facilement la tumeur, qu'on sent au niveau de la paroi antérieure du rectum. Elle remplit tout le cul-de-sac postérieur, paraît molle en avant et à droite, d'une dureté au contraire presque ligneuse dans les autres points. Le doigt porté aussi haut que possible dans l'intestin ne peut atteindre l'orifice de communication. On porte tout d'abord le diagnostic de rétrécissement cancéreux du rectum qui s'est ouvert dans le vagin. Toutefois, les jours suivants, en présence de cette tumeur qui remplit l'excavation, et qui semble intimement liée à l'utérus, en présence de son développement rapide, de l'absence d'antécédents morbides acquis ou héréditaires, on se demande si on n'aurait pas affaire à un corps fibreux développé sur la face postérieure de l'utérus, ou peut-être même à un développement anormal du segment inférieur de l'utérus.

Jusqu'au 1er janvier, la malade a des alternatives de constipation et de débâcle par le vagin tandis qu'il ne sort par l'orifice anal

que quelques glaires blanchâtres ou jaunâtres dont l'expulsion provoque un tenesme extrêmement pénible. L'appétit est nul, et la malade ne prend presqu'aucune nourriture ; elle est très-impressionnée de son état, et très-irritable. Les douleurs avec sensation de brûlure au fondement augmentent, reviennent par crises et ne peuvent être calmées que par des injections de morphine..

11 *janvier*. Il y a eu pour la première fois, des vomissements, ils sont verdâtres, se renouvellent trois fois dans la journée, et continuent pendant la nuit, en même temps écoulement abondant de matières fécales liquides par le vagin.

12 *janvier*. La malade est apyrétique, sa langue est assez humide ; elle n'a rien pris depuis deux jours. Les traits sont un peu tirés, les yeux excavés. Elle se plaint très-vivement des douleurs que lui causent, dit-elle, les mouvements de son enfant. Les vomissements ont continué dans la matinée ; ils sont devenus jaunâtres. Le ventre est ballonné, sonore à la percussion, les anses intestinales recouvrent même la face antérieure de l'utérus ; le palper abdominal est douloureux. On prescrit de la glace à l'intérieur et une potion avec opium et belladone.

13 *janvier*. Les vomissements ont persisté pendant toute la nuit, ainsi que la débâcle par le vagin. La malade souffre beaucoup ; elle a du tenesme anal et des coliques très-douloureuses qui reviennent par crises ; la face est grippée, la langue un peu sèche, la soif vive ; la température n'est que de 37°6. Le ventre est très-tendu, il y a plus de tympanisme que la veille ; il semble que, malgré l'écoulement fécal qui se fait par le vagin, tous ces symptômes sont le fait d'une obstruction incomplète de l'intestin. M. Lucas-Championnière, à la visite du 13 au matin, après avoir sondé la malade qui n'avait pas uriné la veille, et retiré ainsi de la vessie trois cents grammes environ d'une urine fortement ammoniacale, pratique le toucher vaginal ; il introduit son doigt dans le col, et l'y laisse quelques minutes, afin de le dilater, et de provoquer ainsi l'avortement, s'il est possible. Il paraît certain, en effet, que la malade devra être très-soulagée par l'expulsion du produit de la conception. Le soir la température est de 38°5. A huit heures, tranchées assez vives ; perte d'un peu de sang et quelques caillots ; le doigt franchit facilement le col et arrive jusque sur les membranes, mais sans atteindre les parties fœtales.

14 *janvier*. A cinq heures du matin, expulsion de l'*œuf entier*. Le fœtus est du sexe masculin, il pèse 350 grammes, et a une longueur

de 26 centimètres ; il doit être âgé de quatre mois et demi ; il a vécu dix minutes. A la visite, on trouve la malade très-affaiblie ; au lieu d'être soulagée, elle paraît souffrir davantage ; le ventre est énormément distendu par les anses intestinales qui se dessinent sous la paroi abdominale. Les vomissements ont cessé, mais ils ont fait place à des nausées continuelles ; depuis l'accouchement, les matières fécales ne sortent plus par le vagin. La température est de 37° 6 le matin ; le soir elle monte à 38° 4 ; le pouls est à 140, il est petit, filiforme.

La nuit du 14 au 15 janvier est très-pénible ; la malade est reprise de vomissements, qui cette fois sont franchement fécaloïdes ; la distension gazeuse abdominale devient extrême ; il y a suppression complète de l'écoulement fécal. Des sueurs froides, visqueuses, surviennent ; la malade tombe peu à peu dans le coma, et succombe le 15 janvier à dix heures et demie du matin. Il est à remarquer qu'à aucun moment de sa maladie, elle n'a présenté d'œdème des membres inférieurs, ni d'albuminurie, ni de coloration jaune paille des téguments, en un mot aucun des signes de la cachexie cancéreuse, et qu'elle a succombé avec tous les signes d'une obstruction intestinale.

Autopsie faite le 16 *janvier par M. Charpentier de Ribes :*

L'*abdomen* est énormément distendu ; à son ouverture qui est faite sur la ligne médiane, il s'écoule environ un demi-litre de liquide citrin, et les anses intestinales apparaissent excessivement dilatées: l'intestin grêle a le volume d'un gros intestin ordinaire, et le gros intestin a environ 25 centimètres de circonférence ; l'estomac est aussi très-distendu. Le foie est tout à fait refoulé sous les fausses côtes. La surface des intestins présente quelques arborisations vasculaires, et il y a quelques traces de péritonite très-légère. »

En même temps, sans toucher aux viscères, et sans changer leurs rapports, on voit, à droite et à gauche, deux grosses tumeurs, à surface irrégulière occupant les flancs.

La tumeur du côté gauche est plus volumineuse et plus apparente que celle du côté droit que recouvre en partie l'intestin. Elle a la forme d'un rein kystique à grosse extrémité dirigée en haut ; elle occupe tout le flanc gauche et remonte jusqu'aux fausses côtes, sous lesquelles elle s'enfonce même un peu. Elle a 15 centimètres de long sur 12 de large. Elle présente une face externe directement en rapport avec la paroi abdominale, une face interne qui est en rapport avec les anses intestinales, un bord postérieur qui repose contre le

bord gauche de la colonne vertébrale et refoule en arrière le gros intestin. On soulève cette tumeur sans peine, et on constate qu'elle est libre d'adhérences et pédiculée à son extrémité inférieure ; le pédicule est constitué par le ligament de l'ovaire, et l'on voit nettement que la tumeur est développée dans tout l'aileron postérieur du ligament large, et qu'elle occupe la place de l'ovaire. La trompe lui est accolée inférieurement, mais le pavillon reste flottant.

La surface est irrégulière, bosselée, d'une coloration rosée, couverte d'arborisations vasculaires ; au palper, on sent des parties alternativement dures et molles, solides et kystiques. Cette tumeur circonscrit avec le promontoire et la face postérieure de l'utérus une ouverture où est situé le rectum, qui s'y trouve un peu comprimé.

La tumeur du côté droit présente à peu près le même aspect, la même forme et la même consistance que celle de gauche, elle est seulement plus lobulée. Elle plonge dans l'excavation ; elle a un pédicule analogue, mais elle a tourné sur elle-même et a été appliquée par l'utérus gravide contre la partie droite du promontoire, où elle a contracté des adhérences, ce qui explique pourquoi l'intestin la recouvre dans presque toute son étendue. Elle a une longueur de 12 centimètres, et en mesure 9 en largeur et 6 en profondeur.

En arrière du rectum, on trouve le long de la colonne lombaire une chaîne de ganglions, gros comme des noix et indurés.

L'*utérus* est projeté en avant ; il remonte encore à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La cavité du corps a 9 centimètres de haut, celle du col 4 centimètres.

Le *rectum* est incisé sur sa paroi postérieure à partir de l'anus. A 9 centimètres au-dessus de cet orifice, on tombe sur un rétrécissement, situé trop haut pour qu'il ait pu être constaté pendant la vie. Ce rétrécissement est très-étroit ; c'est à peine si l'extrémité du petit doigt peut le franchir ; il mesure environ 3 centimètres de hauteur.

Tout autour, les parois du rectum sont dures, épaisses, ulcérées par places ; à la coupe, elles ont un aspect squirrheux et on reconnaît un cancer du rectum, qui occupe sur cet organe une hauteur de 5 à 6 centimètres. Les couches profondes de la face postérieure du vagin sont envahies par la tumeur et font corps avec le rectum. Immédiatement au-dessus du rétrécissement de l'intestin, on voit sur la paroi antérieure du rectum, en plein tissu cancéreux, une

ouverture transversale, de deux centimètres de largeur, à bords irréguliers, anfractueux, indurés, qui communique avec le vagin. En regardant cet orifice par le vagin, on voit qu'il est situé dans le cul-de-sac postérieur exactement en arrière de la lèvre postérieure du col, qui est même un peu ulcérée à ce niveau, et l'on conçoit que cette lèvre, en s'appliquant sur lui, comme cela a dû arriver après l'avortement, alors que le col a repris sa longueur, ait pu l'oblitérer et déterminer ainsi les accidents d'obstruction intestinale en empêchant le libre écoulement des matières fécales par le vagin.

Les uretères sont légèrement comprimés par la tumeur, et un peu dilatés au-dessus, ce qui explique les troubles survenus à la fin de la vie du côté de la miction.

Le foie est assez volumineux ; à sa face inférieure, on remarque une saillie marronnée, et quelques autres beaucoup plus petites sur sa face convexe.

Des coupes faites en tous ces points et dans l'épaisseur de l'organe montrent qu'il est farci de noyaux cancéreux, blanchâtres, d'aspect encéphaloïde, s'énucléant assez facilement, de consistance assez molle et de volume variable, laissant par le râclage s'écouler un suc laiteux assez abondant.

L'*examen microscopique* des tumeurs du foie, du rectum et des ovaires a été fait par M. le Dr Malassez, du Collège de France. En voici le résultat :

Dans le foie, les tumeurs présentent les caractères histologiques de l'épithélioma cylindrique. Sur des coupes durcies et colorées par le carmin, on voit un stroma fibreux creusé de cavités kystiques ; ces cavités sont tapissées par un épithélium cylindrique à plateau et à cils vibratiles ; dans quelques points, les cavités kystiques sont envahies, ainsi que le stroma, par la dégénérescence colloïde, mais beaucoup moins que dans le rectum, comme on va le voir.

Dans le rectum, des coupes faites au niveau du rétrécissement de cet organe montrent les lésions de l'*épithélioma cylindrique à cils vibratiles avec dégénérescence colloïde*. Ce sont des cavités creusées dans la muqueuse, et aussi dans la couche musculeuse ; — les unes sont tapissées par un épithélium cylindrique, dont les cellules ont toutes un petit plateau à leur surface libre ; sur quelques cellules, on peut reconnaître nettement la présence de cils vibratiles ; — les autres contiennent des cellules épithéliales altérées ; beaucoup de

ces cellules présentent de grandes vacuoles colloïdes, et on en trouve d'autres complétement transformées en vésicules et tout à fait méconnaissables ; entre ces cellules est une matière colloïde transparente. Enfin, dans quelques cavités, c'est à peine si on peut distinguer la trace de cellules devenues colloïdes.

Entre toutes ces cavités existe un tissu fibreux, sarcomateux par places, avec quelques points colloïdes.

Ces lésions existent en grande partie dans la couche sous-muqueuse du rectum ; mais, dans certains points, le tissu colloïde a détruit en partie et perforé la musculeuse, et s'est étendu sous le péritoine.

Dans l'ovaire, les lésions sont à un degré encore plus avancé que dans le rectum. Le tissu est constitué par des travées fibreuses qui limitent les espaces dans lesquels est une substance transparente, parsemée de granulations et d'éléments plus ou moins dégénérés ; sur les parois des travées un grand nombre d'éléments sont groupés qui ressemblent à des cellules embryonnaires, mais en grande partie détruites, on ne distingue plus aucun élément épithélial ; enfin, on trouve un reticulum fibrineux par places dans les cavités transparentes que limitent les travées.

En résumé, il s'agit dans le foie et dans le rectum des mêmes lésions, mais à des âges différents ; elles sont plus avancées dans le rectum où du reste elles ont été fréquemment observées primitivement. Les tumeurs du foie sont donc certainement consécutives à la tumeur rectale.

Quant aux tumeurs de l'ovaire, la dégénérescence y est encore plus considérable que dans le rectum ; il est donc probable que les ovaires ont été les premiers organes envahis ; le rectum se serait pris ensuite, et finalement des tumeurs semblables auraient envahi le parenchyme hépatique.

Nous pensons donc qu'il s'agit d'un cas très-intéressant de *tumeur kystique maligne de l'ovaire*, à marche rapide, et s'étant généralisée dans d'autres organes.

Réflexions. Cette observation nous a paru remarquable à plusieurs points de vue :

1° Par la marche rapide d'accidents graves survenant dans les premiers mois de la grossesse chez une femme jusque-là très-bien portante ;

2° Par l'existence d'un rétrécissement siégeant sur le rectum à une

hauteur qui le rendait inaccessible au toucher rectal, fait rare dans les affections de ce genre, et par la communication du rectum avec le vagin;

3° Par l'existence de symptômes d'obstruction intestinale incomplète, à cause desquels on a cru devoir provoquer l'avortement, et qui, loin de cesser après l'expulsion du produit de conception, sont devenus ceux de l'obstruction complète, probablement parce que le col en s'abaissant est venu obturer l'orifice de la fistule recto-vaginale;

4° Enfin, par les lésions trouvées à l'autopsie non-seulement dans le rectum, mais dans le foie et l'ovaire, lésions qu'on ne pouvait soupçonner pendant la vie, et par le point de départ probable de toute la maladie dans des tumeurs kystiques malignes de l'ovaire.

M. Lucas-Championnière a reçu la malade dans son service et tient à faire remarquer tout l'intérêt de cette pièce. Dans ce cas le vagin paraît avoir été rompu par les masses stercorales accumulées au-dessus du rétrécissement, la malade éprouva, en effet, un certain soulagement après l'établissement de la fistule recto-vaginale. M. Malassez attire l'attention de la Société sur les rapports qui existent souvent entre les tumeurs kystiques des ovaires et le cancer viscéral. Bien souvent dans les cas de tumeur de l'ovaire, les plus simples en apparence, il a rencontré des bourgeonnements cancéreux de l'intestin, surtout localisés à la paroi antérieure du rectum, mais parfois généralisés au foie, à la plèvre, etc.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LA HAUTE-VIENNE.

Séance du 11 *août* 1879.

Mort apparente d'un nouveau-né après application de forceps ; rétablissement de la respiration, après une heure et demie de soins médicaux.

Le fait que je me propose de présenter à la Société n'est certainement pas un fait rare ; toutefois, le rétablissement des mouvements de la vie chez un être humain, qui a présenté toutes les appa-

rences de la mort pendant un temps relativement considérable, est un fait qui mérite toujours de fixer toute l'attention du médecin, et celui dont j'ai été témoin a présenté des circonstances qui me paraissent très-intéressantes au point de vue théorique et très-importantes au point de vue pratique.

Le 15 octobre de l'année dernière, je fus appelé, vers cinq heures du soir, pour voir à Brouillebas, une femme en travail d'accouchement.

Le sujet était une primipare de vingt-deux ans, grande et belle femme très-bien constituée, mais peu énergique et présentant une certaine apathie nerveuse; je ne crois pas devoir chercher une expression plus précise pour désigner cet état bien connu des accoucheurs, dans lequel les douleurs avortent pour ainsi dire.

Les contractions se bornent à un durcissement de l'utérus qui dure peu, s'accompagne d'une plainte douloureuse de la femme, mais le travail n'avance pas.

Cependant la poche des eaux était rompue depuis plus de six heures, la dilatation était complète, et la tête engagée dans l'excavation aurait dû, à chaque contraction, commencer la dépression du périnée.

Rien n'avançait, les parties génitales externes étaient épaisses et encore fermes.

L'auscultation ne m'avait donné que des résultats négatifs.

Après avoir attendu un temps assez long, voyant que cette situation menaçait de se prolonger de manière à devenir dangereuse pour la mère et pour l'enfant, je fis une application de forceps. Je fus obligé de faire des tractions assez prolongées et énergiques, les parties génitales externes étaient, comme je l'ai dit, épaisses et encore fermes.

L'enfant était bien à terme et avait la tête de dimensions ordinaires, le corps était relativement petit. Il était d'ailleurs inanimé, décoloré, il paraissait mort.

Je retardai un peu la ligature du cordon qui ne donna qu'une quantité de sang insignifiante, et je me mis immédiatement, quoique sans grand espoir, à faire des tentatives pour ranimer l'enfant.

Les coups avec la main ou avec une serviette mouillée sur la poitrine; les épaules, les fesses, furent d'abord sans effets, il en fut de même de l'insufflation que je pratiquai, bouche à bouche, avec interposition d'un linge, puis avec un tuyau de plume placé dans une narine, en ayant soin de fermer l'autre narine et les lèvres ; j'avais,

bien entendu, débarrassé le pharynx de mucosités avec le petit doigt et avec une plume ; j'imprimais, en soulevant les bras, des mouvements à la paroi thoracique; rien n'y faisait et je commençais à désespérer, lorsque, considérant l'enfant de plus près, je vis un mouvement de carotides ; le cœur battait, et sous mes flagellations la peau était devenue un peu rosée. Je repris énergiquement mes tentatives et j'eus enfin une inspiration courte et saccadée comme un sanglot et isolée, l'état de mort apparente reprit aussitôt. La température était assez basse, à la fin d'une journée d'octobre, et j'avais fait ouvrir la fenêtre, je sentais que le petit corps que j'avais sous les mains se refroidissait.

Le mouvement inspiratoire unique que j'avais eu s'était bien fait attendre six ou huit minutes, et je commençais à craindre de n'en avoir pas d'autre. Cependant, je fis placer l'enfant dans un bain chaud et dans un autre de vin chaud ; un second mouvement spasmodique se produisit et quelques autres de la même manière, mais avec des intervalles assez longs pour donner presque le temps de désespérer.

J'essuyai et frictionnai l'enfant avec des linges chauds, et je vis que j'obtenais, par ce moyen, des mouvements respiratoires un peu plus fréquents, quoique encore séparés par des intervalles de plus d'une minute. J'exposai l'enfant à la chaleur d'un feu clair en continuant les frictions, et le résultat devint un peu plus satisfaisant ; il y eut plusieurs inspirations par minute, et enfin, après une heure et demie de tentatives, il respirait, mais encore faiblement, et il n'avait pas encore crié. L'état de cet enfant faisait penser à celui d'un reptile engourdi ou au sommeil d'un hibernant. Je fis des recommandations pour la continuation des soins, et laissai l'enfant entre les mains d'une sage-femme intelligente dont je regrette de ne pas savoir le nom.

J'eus la satisfaction de revoir cet enfant, quinze jours après, dans mon cabinet. Il était resté très-mince et faible, et il avait une arthrite d'un poignet avec inflammation flegmoneuse de la main et de l'avant-bras.

Je fis une prescription pour ce mal en disant qu'on me tienne au courant de ce qui se passerait et promettant d'aller voir le petit malade prochainement; mais on me fit dire, le surlendemain, qu'il était mort.

Il m'a paru utile de rapporter ce cas en détail et de communiquer à la Société les remarques et les réflexions qu'il m'a fait faire.

Cazeaux, dans son *Traité d'accouchements,* divise en trois classes les causes de l'état de mort apparente des nouveaux-nés : 1° lésions de la respiration ; 2° lésions de la circulation , 3° lésions des centres nerveux.

Cette division nous sera utile dans les considérations que nous croyons devoir présenter, à propos du cas que nous venons de rapporter ; mais il est une première remarque importante, qui s'applique d'une manière générale aux cas de mort apparente :

« En examinant avec soin, dit Cazeaux, les symptômes de la mort « apparente des nouveaux-nés, tantôt on voit qu'elle est accompa- « gnée par la rougeur vive de la face et de la partie supérieure du « corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, le gonflement du « visage, dont la peau offre çà et là des taches blanches ; tantôt on « est frappé de la décoloration de la peau et de la flaccidité des « chairs. Dans le premier cas, la tête est gonflée, extrêmement « chaude, les lèvres gonflées et d'un bleu foncé, les yeux sortent de « la tête, la langue est collée au palais, souvent la tête est allongée, « dure ; le visage un peu gonflé ; les battements du cœur, quelquefois « encore assez forts et distincts, sont d'autres fois très-obscurs et « très-faibles, le cordon ombilical est parfois gorgé de sang.

« Dans le second, l'enfant est d'une pâleur mortelle ; les membres « sont pendants et flasques ; sa peau est décolorée, et souvent souil- « lée par du méconium ; les lèvres sont pâles, la mâchoire inférieure « est pendante ; le cordon ombilical palpite faiblement ou point du « tout, les battements du cœur sont très-affaiblis... »

L'enfant qui fait l'objet de notre observation présentait à peu près les caractères donnés dans la seconde partie de la description. Si l'on voulait caractériser d'un mot les deux types d'enfants en état de mort apparente présentés dans cette description de Cazeaux, on pourrait appeler les premiers les congestionnés, et les seconds les anémiés, en n'attachant à ce dernier mot que la signification qui caractérise l'apparence que présente l'enfant.

Je me rappelle que M. Pajot, qui, dans ses cours, aimait beaucoup à parler à l'esprit par des images, caractérisait ces deux genres de mort apparente des nouveaux-nés, en comparant les premiers à des noyés qui ne sont arrivés à l'état de mort apparente par submersion, qu'après avoir reparu plusieurs fois à la surface de l'eau, se débattant, criant, et par conséquent, respirant à chaque fois ; ces noyés sont congestionnés, cyanosés ; ceux, au contraire, qui tombant à l'eau sont

immédiatement submergés et ne reparaissent pas à la surface, chez lesquels, en un mot, l'asphyxie est rapide et sans intermittences, sont pâles, en état de résolution complète, en un mot semblables aux enfants en état de mort apparente, que nous appelons d'un seul mot, des anémiés.

M. Pajot ajoutait que les noyés de la seconde catégorie étaient beaucoup plus difficiles à rappeler à la vie que ceux de la première, et qu'il en était de même pour les nouveaux-nés, en état de mort apparente, les congestionnés étant plus facilement et plus promptement ranimés, en général, que les anémiés.

Ces deux états, si différents d'apparence, peuvent être produits par des causes diverses ; mais, d'une manière générale, on peut dire que l'état des congestionnés est produit par l'asphyxie ou par des troubles circulatoires, et l'état des anémiés est produit par l'asphyxie, de même que pour les premiers, mais plus spécialement par l'hémorrhagie et par des troubles nerveux. Nous disons que l'asphyxie peut produire ces deux sortes d'état de mort apparente ; il y a cependant une différence à noter ; les auteurs s'accordent généralement à admettre aujourd'hui que l'état des congestionnés est produit par une asphyxie moins complète, moins prolongée, que celle des anémiés. De sorte que, dans une même asphyxie, l'état d'anémié peut succéder à celui de congestionné ; cela explique bien pourquoi les chances de retour à la vie sont moins grandes pour les anémiés que pour les congestionnés. D'après M. Jacquemier, la pâleur et la flaccidité des membres s'observent dans les cas de compression du cordon, quand la suspension de la respiration placentaire est rapide, brusque et complète, tandis que dans les cas où les apparences de la congestion existent, la suspension de la respiration placentaire aurait été lente et graduelle. M. Devergie a signalé aussi des différences analogues dans l'asphyxie des adultes ; il a remarqué que les malheureux qui meurent sous un éboulement de terrain présentent cette décoloration des téguments. Dans les cas de mort apparente par lésion de la circulation fœtale et particulièrement par hémorrhagies résultant de la déchirure du placenta et du cordon, l'enfant peut naître en état de syncope ; il est alors décoloré ; mais cela n'a rien d'étonnant, puisqu'il est alors réellement anémique.

D'après Cazeaux, les lésions des centres nerveux auraient une action toute spéciale. « Le système nerveux céphalo-rachidien, dit cet au-« teur, ne préside à aucune des fonctions dont l'intégrité est néces-

« saire à l'entretien de la vie fœtale, et la respiration, la circulation « et la nutrition sont tout à fait sous la dépendance des nerfs de la « vie organique....... La vie du fœtus est purement végétative et « organique, quoique déjà il possède les organes de la vie animale. « Ainsi s'expliquent la vie et le développement des acéphales, pendant « la grossesse.

« Puisque le cerveau et la moelle sont complétement étrangers à « l'accomplissement des fonctions du fœtus, on prévoit sans peine « que les lésions dont ils peuvent être le siége pendant la grossesse « ou le travail ne doivent en rien troubler l'harmonie de ces fonc- « tions et n'exercer aucune influence sur la vie intra-utérine. Aussi, « n'est-ce qu'après la naissance que l'altération ou la paralysie céré- « bro-spinale s'opposent à l'établissement de la vie animale.

« La première respiration est le résultat des incitations du bulbe « rachidien, incitations produites elles-mêmes par l'impression de « la température de l'air ambiant sur les téguments du nouveau-né ; « mais pour que cette impression ne soit pas stérile, il faut que la « sensation soit perçue par l'organe central, et celui-ci est incapable « de les percevoir dans les lésions graves de l'axe cérébro-spinal. Il y « a donc cette différence importante à établir entre les diverses cir- « constances qui peuvent plonger le fœtus dans un état de mort « apparente, que l'asphyxie et l'hémorrhagie peuvent tuer l'enfant « dans le sein de la mère, tandis que les lésions des centres nerveux « le font toujours naître dans un état de mort apparente.

« C'est ainsi qu'il faut comprendre l'influence que peut avoir la « compression violente que subit le cerveau dans certains cas de ré- « trécissement du bassin ; celle qui, dans quelques cas difficiles, peut « résulter de l'application du forceps ou du levier. »

J'ai cru utile de présenter, d'après un auteur classique, ces considérations physiologiques sur l'état de mort apparente des nouveaux-nés avant de dire comment j'ai cherché à me rendre compte par moi-même, des caractères que présentait l'enfant en état de mort apparente dont je viens de parler, et les particularités qu'a présentées son retour à la vie.

L'enfant en question présentait la décoloration et la flaccidité des tissus qui caractérisent l'état de mort apparente le plus difficile et le plus long à faire cesser, et, en effet, il n'a cessé qu'après une heure et demie de tentatives, et de plus, le rétablissement de la circulation a été graduel et très-lent, et de tous les moyens employés le plus

efficace a été la chaleur. Or, voici par quelles réflexions j'ai cherché à rattacher ces faits aux explications physiologiques données par les auteurs.

Chez l'enfant que j'avais sous les yeux, les centres nerveux, le cerveau et la moelle, étaient incapables de ressentir l'influence de l'air agissant soit par les propriétés chimiques de son oxygène, soit par sa température, et d'y répondre par des mouvements respiratoires d'action réflexe. Cet engourdissement des centres nerveux tenait-il à une asphyxie prolongée par compression du cordon ou autrement, ou tenait-elle à une compression du cerveau par l'action du forceps, qui avait laissé un sillon assez prononcé sur une des bosses frontales ? Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait de l'engourdissement et du défaut de réaction des centres nerveux m'a paru évident. L'enfant était dans la situation d'un acéphale, ou mieux d'un reptile engourdi, ou d'un mammifère hibernant en état de sommeil ; en un mot, le système ganglionnaire entretenait un reste de vie végétative ; mais le système cérébro-spinal était incapable de commencer la vie animale en excitant les mouvements respiratoires.

Dans ces circonstances, le retour à l'action des centres nerveux ne pouvait être que graduel, l'action de l'air, par sa température et ses qualités chimiques, ne suffisait plus ou agissait trop lentement, de là l'insuccès de l'action de l'air frais et de l'insufflation pulmonaire, et le succès de la chaleur artificielle qui, rapidement, donnait un des principaux résultats de la respiration, résultat que n'aurait jamais donné la respiration rare, intermittente, incomplète, que me donnaient les autres moyens.

De ces considérations théoriques je ne veux retenir qu'un résultat pratique ; c'est que le cas que j'ai sous les yeux m'a démontré que dans la mort apparente d'un nouveau-né, particulièrement lorsqu'il présente les caractères de décoloration et de flaccidité, indices d'une gravité particulière de cet état, l'action de la chaleur artificielle (bain chaud, exposition à un feu clair, frictions avec des linges chauds) a une efficacité plus grande que celle des autres moyens, et qu'elle est l'auxiliaire très-important pour ne pas dire la condition indispensable de leur succès.

Dr G. Boudet.

(*Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.*)

REVUE DE LA PRESSE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DENTU.

KYSTES DU VAGIN.

Les kystes du vagin sont assez rares, et quand ils se présentent en revêtant certaines formes, ils pourraient être assez facilement confondus avec des lésions qui n'ont en aucune façon le même siège. Une femme de trente-cinq ans portait à l'orifice du vagin une tumeur pendante, pédiculée et se rattachant à la paroi vaginale postérieure. La tumeur était assez dure à son sommet, où se trouvait un orifice laissant échapper une certaine quantité de pus, mais en arrière de cette partie dure s'en trouvait une, au contraire, de consistance très-molle. Dans ce cas le diagnostic était facile, bien qu'au premier abord la nature de la tumeur pût paraître assez difficile à établir. Mais l'exploration de l'utérus permettait de reconnaître aussitôt qu'il n'avait aucun rapport avec elle. Il ne pouvait non plus être question d'une rectocèle, car le doigt introduit dans le rectum faisait reconnaître l'indépendance complète de la paroi vaginale. D'ailleurs la rectocèle se présente sous forme d'un bourrelet large à sa base, mais qui ne constitue jamais une tumeur pédiculée ainsi que cela peut arriver pour la cystocèle. Cette tumeur enfin présentait le caractère important d'offrir à son sommet une fistule dans laquelle on pouvait introduire un stylet. Il s'agissait donc là d'un kyste et le lieu de son implantation indiquait qu'il s'était développé dans les follicules de la paroi postérieure du vagin. Ces kystes, à une certaine période de leur évolution, ne forment qu'une petite saillie et présentent alors une coloration d'un blanc bleuâtre assez caractéristique, ils peuvent alors se développer et se pédiculiser. C'est ce qui s'était produit chez cette malade, et, de plus, il était survenu chez elle une suppuration probablement consécutive au frottement de la tumeur sur les cuisses pendant la marche ; cet écoulement de pus constituait dans ce cas

une particularité toute spéciale. Au début d'une affection semblable, les injections ou l'excision de la paroi pourraient suffire, mais à une période aussi avancée l'extirpation seule est possible, et pour cela il est important de ménager la muqueuse du rectum, qui pourrait être facilement compromise dans la dissection de la tumeur.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

DU TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES POST-PUERPÉRALES.

Après quelques considérations générales, dans lesquelles le Dr R. Penrose étudie les caractères des hémorrhagies post-puerpérales et démontre la nécessité d'un traitement énergique et efficace, M. Penrose étudie les causes de ces terribles complications. La plus importante de toutes ces causes est, sans contredit, l'inertie utérine ; viennent ensuite les adhérences du placenta, les diverses affections de l'utérus, etc. Parmi les causes prédisposantes, il faut citer cette idiosyncrasie qui détermine chez certaines femmes un état particulier de flaccidité de l'utérus.

Abordant ensuite le traitement, M. Penrose passe en revue les différentes méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour. Les frictions, l'application du froid, de la chaleur, de l'électricité, ont une valeur relative connue et appréciée de tous ; mais ces moyens ne sont pas toujours efficaces. Le cautère actuel et les injections intra-utérines de perchlorure de fer font payer par de trop grands dangers leur efficacité.

Le médicament proposé par l'auteur comme substitutif de ces dangereux agents est le *vinaigre commun*. Depuis 1854, il l'a employé un grand nombre de fois, et toujours avec succès. Voici les avantages que présente cet agent :

1° On peut toujours se le procurer facilement ;

2° Il s'applique facilement et sans aucun appareil spécial ;

3° Il arrête toujours l'hémorrhagie (c'est du moins ce qui a eu lieu dans les cas du Dr Penrose) ;

4° Il provoque les contractions utérines sans produire une trop grande irritation dans le tissu de l'organe ;

5° Il constitue un excellent antiseptique ;

6° Il agit comme astringent sur la muqueuse utérine.

Voici comment le Dr Penrose emploie ce médicament : il imbibe n petit tampon de coton ou une petite éponge de vinaigre et il l'inrodult dans la cavité utérine à l'aide d'une pince ou d'un porte-éponge. L'hémorrhagie cesse aussitôt et il est rarement nécessaire de renouveler l'application de cet hémostatique.

V. T.

(*Gazette obstétricale de Paris.*)

SUR UN CAS D'AMPUTATION INTRA-UTÉRINE DES DOIGTS ET DES ORTEILS.

Par le docteur D.-N. KNOX.

Sur un enfant de trois semaines, apporté à l'hôpital au mois d'octobre 1878, l'auteur a constaté les malformations suivantes. La main droite avait perdu une partie des deuxième, troisième et quatrième doigts ; le second et le troisième avaient été amputés au milieu de la première phalange, tandis que le quatrième avait été sectionné au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Les moignons de ces doigts n'étaient pas réunis entre eux, et leurs cicatrices étaient complétement guéries ; sur la main gauche, tous les doigts, à l'exception du pouce, étaient sectionnés au niveau de la première articulation phalangienne et soudés étroitement ensemble. Les moignons étaient en outre réunis à leurs extrémités par une petite cicatrice ovalaire, dont la rétraction avait amené l'annulaire en rapport avec la face palmaire des trois autres doigts. Au niveau du pied droit, le gros orteil, le second et le troisième étaient amputés à la première articulation phalangienne ; ils étaient réunis latéralement, mais chaque moignon présentait à son extrémité une cicatrice distincte. Sur le pied gauche, tous les bouts des orteils s'étaient détachés à la racine des ongles ; à environ deux pouces au-dessus de la cheville, la jambe gauche offrait un sillon très-bien marqué, entourant complétement le membre, et dont la profondeur atteignait un quart de pouce. Sur le côté droit de la face, on remarquait aussi un tissu cicatriciel étendu de la région temporale à la partie externe de la paupière supérieure ; une bande semblable réunissait le bord supé-

rieur de la paupière inférieure droite, près de l'angle interne de l'œil, avec le bord inférieur de la paupière supérieure correspondante, et aussi avec une portion de la cornée. Il en résultait une déviation permanente du globe oculaire en dedans, il existait aussi un bec-de-lièvre incomplet de la lèvre supérieure, à droite. Sous tous les autres rapports, l'enfant paraissait robuste et bien constitué pour son âge.

La mère, qui est une jeune femme saine et forte, raconta qu'au troisième mois de sa grossesse, en lavant le plafond de sa maison, elle était tombée du haut d'une table, d'une chaise et d'un banc placés les uns au-dessus des autres, et qu'elle s'était fait mal à la jambe et au côté gauche. Un mois environ après, en se livrant à la même occupation, elle était encore tombée du haut d'une chaise placée sur une table. Malgré cela, sa grossesse avait continué sans accident, et elle en avait atteint le terme régulier. L'accouchement fut des plus naturels. Aucun antécédent syphilitique d'un côté ou de l'autre.

M. Knox, en présence de ce fait intéressant, a recherché dans la littérature médicale les observations qui pouvaient s'en rapprocher. On sait que Montgomery, dès 1832, attribuait les amputations intra-utérines à l'existence de brides exerçant une constriction autour des membres. L'une de ses observations confirme cette manière de voir.

Plus tard, Simpson admit que le cordon pouvait, lui aussi, jouer dans certains cas le rôle d'agent constricteur. Quant aux brides signalées par Montgomery, Simpson reconnaît la possibilité de leur existence, et les croit constituées par une sorte de lymphe organisée résultant d'un processus inflammatoire.

Ces brides peuvent s'attacher à toutes les parties du fœtus, et même réunir le fœtus aux membranes, au placenta et au cordon ombilical. En fait la surface fœtale peut être comparée à celle de la plèvre, et, comme cette dernière, elle peut s'enflammer. De là, la production d'un exsudat, qui peut être le point de départ d'adhérences et de brides. Le siège le plus commun de ces brides est, par ordre de fréquence:

1° Le milieu des mains et des pieds;

2° La racine des doigts et des orteils;

3° Les avant-bras et les jambes;

4° Les bras et les cuisses.

Si la constriction n'est pas assez forte pour produire l'amputation les parties subissent un arrêt plus ou moins complet de développement.

La date de l'apparition de ces accidents paraît correspondre, dans la majorité des cas, aux premiers mois de la grossesse.

Il faut encore mentionner une autre cause d'amputation intra-utérine. Simpson, dans sa première édition, émet l'avis que la fracture ou un traumatisme d'un membre peut amener ce résultat. Plus tard, il a publié un cas de Martin qui prouve la vérité de cette assertion.

Dans ce cas la mère était tombée d'une échelle huit semaines avant l'accouchement, l'enfant était né avec une amputation du bras gauche près de l'épaule, dont le moignon n'était pas encore cicatrisé.

Le membre amputé fut expulsé avec le placenta : il était presque complétement développé.

En résumé M. Knox admet que, dans son observation, il s'agit d'une série d'amputations consécutives à une inflammation traumatique ayant abouti à la formation des brides. Si l'on n'a pas retrouvé les parties amputées, cela tient évidemment à l'époque reculée à laquelle il est légitime de faire remonter le début des accidents. On conçoit très-bien que ces parties, formées d'un tissu mou et peu résistant, aient eu tout le temps de se résorber et de disparaître dans le liquide amniotique. (*The Glasgow medical Journal*. Janvier 1879).

(*Gazette médicale de Paris.*)

CORPS ÉTRANGER DANS LE CANAL DE L'URÈTHRE D'UNE FEMME. DIFFICULTÉS DE L'EXTRACTION.

Par le docteur ROUSSELOT, de Saint-Dié.

Bien qu'il existe dans la science chirurgicale un certain nombre d'exemples de corps étrangers introduits dans l'urèthre de la femme et ayant nécessité l'intervention chirurgicale, je pense qu'il n'est pas inutile de rapporter le cas qui fait le sujet de cette observation et qui présente à plusieurs égards des particularités dignes d'intérêt.

Dans la majeure partie des cas de ce genre, ce sont des enfants

qui ont été victimes de l'accident, s'étant introduit volontairement dans l'urèthre le corps étranger, soit sous la pression de mauvais conseils, soit dans un but de dépravation facile à deviner. Il leur arrive alors de lâcher le corps introduit qui s'aventure plus ou moins loin dans le canal et devient rapidement la source d'accidents graves auxquels on ne peut remédier que par l'extraction. Le plus souvent le corps du délit est une tige droite, rigide, métallique ou autre, c'est ainsi qu'on a vu de grosses épingles, un stylet, une tige de bois, etc., etc.

En raison de la brièveté du canal de l'urèthre chez la femme (2 1/2 à 3 centimètres) et de son extrême dilatabilité, on pourrait croire que l'extraction du corps étranger ne peut jamais présenter la moindre difficulté ; il n'en est pas toujours ainsi, et, dans le cas qui nous occupe ici, l'extraction présentait des difficultés, en raison de la forme particulière du corps étranger, et de sa situation dans le canal de l'urèthre.

L'étiologie de ce cas intéressant est purement accidentelle, ce qui le distingue de la plupart des cas connus de ce genre, et bien qu'elle puisse paraître invraisemblable, rien, dans les renseignements que j'ai recueillis au sujet de la victime de l'accident, n'autorise à mettre en doute la véracité du récit qui va suivre et qui m'a été confirmé par deux témoins, le mari et la sœur de la victime.

Observation. — Le 23 juillet 1879, au matin, je fus prié d'aller voir la femme P..., mariée, ayant trois enfants, âgée de trente-huit ans et habitant à D..., près Saint-Dié. A mon arrivée, je trouvai cette femme alitée, la face rouge et animée, les yeux brillants, avec de la fièvre et une notable accélération du pouls. La malade, qui est très-agitée et couverte de sueur, nous dit n'avoir pas fermé l'œil de la nuit, sous l'influence de douleurs atroces et paroxystiques qu'elle éprouvait dans le bas-ventre, douleurs qu'elle a commencé à ressentir la veille dès cinq heures du soir, après s'être livrée pendant la journée à ses occupations habituelles. Depuis la veille au matin la miction est horriblement douloureuse et ces douleurs, qui vont en augmentant d'intensité, sont assez violentes pour causer de la défaillance à la malade, à chaque émission d'urine. La femme P..... nous dit attribuer ses souffrances à une déchirure de l'urèthre, qui se serait produite dans les circonstances suivantes : La veille, c'est-à-dire le 22 juillet, à trois heures du matin, la femme P....., obligée de se lever, se dressa d'abord debout sur son lit, puis se laissant retomber

brusquement et de tout son poids, elle se laissa glisser sur le bord du lit jusqu'au sol. Dans ce brusque mouvement, cette femme éprouva une vive douleur, qui lui fit jeter un cri, et comme une sensation de déchirement dont l'urèthre était le siège, et, portant la main à cette partie, elle sentit un corps plus ou moins aigu qui aussitôt lui échappa et qu'elle crut n'être qu'un brin de paille de son couchage qui venait de la blesser. La femme P..... se mit néanmoins à vaquer à ses travaux, n'éprouvant qu'une sensation de cuisson assez vive et des douleurs à chaque émission d'urine.

A cinq heures de l'après-midi, prise de frissons à la suite d'une miction très-douloureuse, cette femme fit venir une sage-femme de la ville qui lui recommanda des applications de compresses chaudes (*sic*) sur la vulve. Nous avons dit que la nuit fut mauvaise et très-agitée.

Tel fut le récit fait par la malade. Procédant alors à son examen, je constate au toucher une chaleur anormale des parties génitales, et, en soulevant avec le doigt explorateur la paroi uréthro-vaginale, j'éprouve une sorte de résistance élastique, sans que le doigt arrive à percevoir rien de bien déterminé ; la malade déclare cependant que le doigt soulève un corps engagé profondément dans l'urèthre. Du reste, cette exploration, faite avec prudence, ne cause qu'une douleur insignifiante. A l'inspection, les petites lèvres sont rouges, sans lésion apparente d'aucune sorte, le méat urinaire est béant, agrandi dans e sens vertical, les lèvres sont rougies et tuméfiées. Pratiquant l'exploration du canal à l'aide d'un stylet d'argent, je produis un bruit métallique bien manifeste, distinct pour la malade elle-même et résultant du choc du stylet dans deux points opposés contre le corps étranger, que, d'après tous ces signes, je suppose être un corps à deux branches, douées d'un certain degré d'élasticité, peut-être une épingle double de femme, de forte dimension (la malade en faisait usage même pour la nuit). Du reste, le stylet pénètre sans la moindre difficulté jusque dans la vessie et ne rencontre le corps étranger qu'à la profondeur de plus de 0^{m} 02, d'où j'induis que la plus grande partie de ce corps a franchi le col vésical, et que, s'il n'est pas tombé tout à fait dans le réservoir de l'urine, c'est grâce à l'élasticité de ces deux branches qui, par leur écartement, s'appliquent étroitement contre les parois de l'urèthre. De plus, l'absence de résistance à l'introduction du stylet et même d'une sonde métallique de femme, en même temps que la sensation très-nette, ressentie par la malade,

de deux pointes aiguës lui pénétrant dans les tissus lorsqu'elle pousse et fait effort comme pour expulser le corps étranger, indiquent assez clairement que les deux pointes de ce corps, dirigées vers le méat urinaire, ont pénétré plus ou moins dans l'épaisseur des parois de l'urèthre.

Comment aurait lieu l'extraction de ce corps étranger si malencontreusement logé? Je confesse que,tout d'abord,ce ne fut point sans embarras que je me posai cette question. En effet, en raison de la direction en avant des deux pointes du corps étranger, et de leur implantation dans l'épaisseur des parois uréthrales, il y avait là un obstacle que je ne savais comment vaincre. J'aurais pu, à l'aide d'une pince introduite dans le canal, saisir une des branches du corps étranger, puis, en les repoussant en arrière, chercher à les dégager des parois du canal et retirer de la sorte ce corps sans difficulté, en rapprochant ses deux branches l'une de l'autre.

C'est là le procédé que j'aurais mis en œuvre si, en raison de la courte portion du corps étranger encore engagé dans l'urèthre, je n'avais conçu la crainte de le voir échapper au mors de l'instrument et glisser dans le réservoir de l'urine. Il ne faut pas oublier, en effet, que le stylet explorateur ne rencontrait le corps étranger qu'à 2 $^1/_2$ centimètres de profondeur. Cependant, dans un cas analogue, A. Guérin réussit à extraire sans difficulté par cette manœuvre une épingle double engagée dans le canal de l'urèthre d'un homme. La crainte de voir glisser le corps étranger dans la vessie me fit renoncer à ce procédé, et, d'accord avec un de mes confrères que j'avais prié de m'assister, je fis l'extraction de la manière suivante.

J'introduisis dans le canal, après l'avoir bien huilée,une pince très-solide de petite dimension, puis la branche inférieure du corps étranger étant reconnue, j'écartai les deux branches de l'instrument de façon à comprendre entre elles le corps étranger. Cela fait, je fis basculer la pince de bas en haut autant qu'il était possible pour éviter de saisir trop obliquement le corps étranger et par suite le glissement de l'instrument, et je serrai fortement.

L'absence de douleur m'indiquant que la muqueuse n'était pas saisie par l'instrument, et l'index gauche, introduit dans le vagin pour soutenir la cloison uréthro-vaginale, me faisant sentir que la branche saisie par la pince cheminait dans l'épaisseur de cette cloison en s'y creusant un trajet, j'exerçai une traction énergique et j'eus le bonheur de voir apparaître les deux branches du corps du délit, qui,

selon mes prévisions, se trouva bien être une épingle double de femme.

L'épingle mesurée présentait une longueur de 7 centimètres et l'écartement des branches à leur sortie était de 2 centimètres. A ce moment, l'anse de l'épingle était encore dans le canal et chacune des branches était sortie en se frayant une voie dans l'épaisseur des parois uréthrales. Restait donc à dégager l'anse du corps étranger; il suffit pour cela de détruire la courbure de l'épingle et d'en faire une tige droite, facile à dégager en la tirant par l'une de ses extrémités.

L'écoulement de sang fut insignifiant et tout le traitement consista en boissons émollientes et compresses froides maintenues sur la vulve et le bas-ventre. Dans le but d'épargner des souffrances à la malade, je lui conseillai, chaque fois que le besoin d'uriner se ferait sentir, l'introduction dans la vessie d'une sonde en gomme pour éviter, autant que possible, le contact de l'urine sur le canal enflammé et légèrement déchiré et par suite la production d'accès de fièvre urineuse. Cette simple précaution causa le plus grand soulagement à la malade, qui, cinq jours après l'opération, vaquait à ses occupations.

J'ai dit que chacune des branches de l'épingle s'était frayé une voie dans l'épaisseur des parois de l'urèthre, et que je n'hésitai pas à les attirer au dehors par cette voie, persuadé qu'aucun accident ne s'en suivrait. La paroi uréthro-vaginale est en effet fort épaisse, et ne mesure pas moins de 1 centimètre d'épaisseur (Tillaux); cette circonstance me permit, à l'aide du doigt introduit dans le vagin, de diriger en quelque sorte, en la soutenant, la branche saisie par la pince et de veiller à ce qu'elle ne perforât pas la cloison uréthro-vaginale, accident qui d'ailleurs aurait été sans conséquence par suite du faible diamètre de la plaie, consistant en un écartement plutôt qu'en une déchirure des tissus.

Quoi qu'il en soit, il est difficile de poser des règles précises à l'intervention chirurgicale dans un cas de ce genre; on doit avant tout s'inspirer des circonstances et chercher à causer le moins de délabrement possible. Nous avons cru que cette observation n'était pas sans intérêt, tant au point de vue de l'étiologie de l'accident que de la forme et de la situation du corps étranger, et par suite des difficultés qui pouvaient en résulter pour l'extraction; cela seul nous a engagé à la publier. (*Revue médicale de l'Est.*)

FORMULAIRE

DU TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE CHEZ LES MALADES ATTEINTES D'AFFECTIONS UTÉRINES.

Nous avons établi que la névralgie lombo-abdominale est la caractéristique de la souffrance de la moelle épinière, sous l'influence d'une affection de l'un quelconque des organes de l'appareil utéro-ovarien.

La souffrance des nerfs lombaires se révèle, le plus souvent, par une douleur spontanée; quelquefois, au contraire, la pression exercée sur les points d'émergence en révèle, pour la première fois, l'existence à la malade.

A la pression, la douleur n'existe pas toujours. On ne la provoque, ou mieux on ne l'exaspère, dans quelques cas, qu'au moment des crises, souvent qu'au moment des règles. Chez d'autres malades, la pression exaspère la douleur à n'importe quel moment.

Il est supposable que dans le premier cas, il y a simplement névralgie, que dans le second il existe de la névrite.

Cette manière de voir justifiée par le traitement est indispensable à accepter pour instituer ce dernier d'une façon logique et profitable.

En effet, l'expérience démontre que les applications sédatives combinées avec le traitement local de l'affection utérine viennent à bout de la névralgie, et que dans la névrite, au contraire, ce moyen est tout à fait insuffisant. Il faut avoir recours aux révulsions énergiques (*vésicatoires, cautères, pointes de feu*).

Les applications sédatives auxquelles nous donnons la préférence sont les suivantes, classées d'après leur ordre d'énergie.

Chloroforme	10	grammes.
Éther sulf.	15	—
Alcool camphré	90	—

Frictions douces, matin et soir, sur la région lombaire.

Chloroforme.	10 grammes.
Éther sulf.	15 —
Laudanum de Syd.	6 —
Glycérine.	90 —

Frictions douces, matin et soir, sur la région des reins. Laissez en place, pendant une demi-heure, une compresse de flanelle imbibée du mélange.

Chloroforme	10 grammes.
Éther sulf.	15 —
Extrait de digitale.	1 —
Extrait de jusquiame.	1 —
Extrait d'aconit	1 —
Extrait thébaïque.	1 —
Extrait de belladone.	1 —
Extrait de ciguë	1 —
Essence de térébenthine . . .	10 —
Alcool camphré	90 —

Versez deux ou trois cuillerées à café sur une compresse de flanelle recouverte de toile imperméable et appliquez trois fois par jour, pendant une demi-heure, sur la région endolorie.

S'il existe des signes manifestes de l'existence d'une diathèse (arthritique, herpétique, lymphatique, etc.), ce qui est habituel dans le cas de névrite, il importe de faire entrer le traitement général en ligne de compte.

J. Ch.

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Dr Chéron reprendra son cours sur les lésions fonctionnelles de l'appareil utéro-ovarien envisagées au point de vue de la doctrine physiologique qu'il professe, le jeudi 15 janvier, à huit heures du soir,— amphithéâtre n° 3,— et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CLINIQUE

Le Dr Chéron reprendra ses leçons cliniques le lundi 19 janvier, à midi et demi, à sa clinique de la rue de Savoie, n° 9, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Examen des malades, diagnostic et traitement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

OVARIOTOMIE SUIVIE DE SUCCÈS. Quelques remarques sur les indications de l'opération par le Dr G. EUSTACHE. Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE AUX ÉTATS-UNIS. Étude analytique de 100 observations, traduit et annoté par le Dr G. EUSTACHE. Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cie.

DESCRIPTION D'UN MONSTRE DOUBLE, par le Dr VAN DEN BOSCH. Bruxelles, 1879. H. Manceaux.

BASSIN SPONDYLOLISTHÉSIQUE. Quelques mots sur le mode de production de cette déformation, par le Dr VAN DEN BOSCH. Bruxelles, 1879. H. Manceaux.

DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE DANS LA VILLE DE LILLE, par le Dr L. WINTREBERT. Lille, 1879. Danel.

RAPPORT SUR UN CAS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE AIGUE, POLYRÉGIONALE, par le Dr DE BEAUVAIS. Paris, 1878. J.-B. Baillière et fils.

VARICES TRAUMATIQUES DES PAROIS ABDOMINALES, par le Dr G. DE BEAUVAIS. Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1878.

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE SCORBUT. Extrait du rapport sur les maladies régnantes fait à la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 juillet 1877, par le Dr G. DE BEAUVAIS.

CALCULS BILIAIRES VOLUMINEUX RENDUS PAR LES SELLES. Considérations cliniques par le Dr G. DE BEAUVAIS. Extrait des comptes rendus de la Société de médecine, séance du 11 mai 1878. Paris.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1878, fait le 24 mai 1879 par le Dr DE BEAUVAIS. Extrait de l'*Union médicale*, 1879.

RECHERCHES SUR LA CARIE DENTAIRE, par les Drs LEBER et ROTTENSTEIN. Paris, 1878. V.-A. Delahaye et Cie.

LES EAUX MINÉRALES D'AUVERGNE, par le Dr BOUCOMONT. Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cie.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE MALADIES CHRONIQUES traitées avec succès par les eaux thermales de Royat, par le Dr Alexandre PETIT. Paris, 1879. J.-B. Baillière.

GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE NÉRIS, par le Dr BONNET DE MALHERBE. Paris. 1874. J.-B. Baillière et fils.

Directeur-Gérant : J. CHÉRON.

1879. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur Jules CHÉRON.

NEUVIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES.

Application des sangsues sur le col de l'utérus.
Nombre de sangsues à appliquer.
Mode d'application.
Accidents qui peuvent se produire.
Précautions à prendre.
Hémorrhagie consécutive. — Moyens d'y remédier.

Saignée du col à l'aide du bistouri, de la lancette, du poinçon de trocart.
Scarifications multiples du col pratiquées à l'aide du scarificateur de K. Mayer.

Scarifications simples à l'aide du scarificateur à lance circulaire de M. Collin, — du scarificateur de M. Papillon.

Application de ventouses.

Indications des applications de sangsues et des scarifications.

Indications et contre-indications des émissions sanguines locales dans les différentes espèces de congestions utérines.

MESSIEURS,

Nous en avons terminé avec l'étude du pansement osmotique. Vous avez pu voir le rôle important que ce moyen est appelé à jouer dans le traitement de la congestion utérine, et si vous voulez bien admettre avec moi que celle-ci se présente non-seulement comme entité morbide mais aussi comme lésion fonctionnelle d'origine de la plupart des affections utérines, vous apprécierez la généralisation de l'emploi de ce moyen thérapeutique dont le puissant concours vous seua précieux, même dans certaines formes de congestion physiologique où la permanence de l'état, liée à la fatigue subie par l'appareil utéro-ovarien, force celle-ci à dépasser la limite normale.

Nous allons continuer ensemble l'analyse des moyens de traitement qu'on peut opposer avec avantage à la congestion utérine. Je vais vous exposer aujourd'hui les avantages que peuvent présenter les émissions sanguines locales, les injections et les irrigations vaginales, la révulsion sur le tube digestif.

Les leçons suivantes seront consacrées à l'étude de l'action décongestionnante de l'électricité, à l'étude de la méthode de Chappman et des moyens thérapeutiques autres que le froid et la chaleur employés dans le même sens, à l'étude de la révulsion cutanée produite par l'hydrothérapie. Nous terminerons enfin par un aperçu rapide sur l'action de quelques médicaments vasculaires tels que le bromure de potassium, la belladone, la digitale, l'aconit, la quinine, l'ergot de seigle, la strychnine, etc., considérés dans leur application au traitement de la congestion utérine.

Je vous aurai présenté ainsi, Messieurs, le type du mode de traitement que comportent les affections utérines d'après la doctrine physiologique que je professe. — Le traitement local, le traitement

spinal et le traitement général auront tour à tour été étudiés dans leurs indications, leurs moyens d'action et le mode d'emploi de ces derniers.

Il restera à examiner les modificateurs des maladies constitutionnelles et des diathèses, iode, arsenic, soufre, eaux minérales, etc., qui trouveront leur place, alors que seront étudiées les affections utérin e qui nécessitent, pour se développer, l'existence de ces constitutions morbides sous l'influence desquelles les organes de l'appareil utéro-ovarien subissent des modifications de texture.

Loin de grouper tous les autres moyens thérapeutiques tels que les pessaires, les ceintures, le tamponnement, les topiques médicamenteux, la cautérisation, les modificateurs intra-utérins liquides (injections intra-utérines), le curage de l'utérus, et la description des nombreuses opérations que peuvent nécessiter les affections de l'appareil utéro-ovarien, je décrirai chacun de ces moyens à l'occasion du traitement de celle de ces affections auxquelles il s'adressera plus particulièrement.

J'espère vous éviter ainsi l'ennui de fastidieuses énumérations sans objet, et maintenir l'ordre que je me suis assigné, en rapport, du reste, avec les idées doctrinales que ces leçons ont pour but de faire connaître.

Un autre ordre de moyens décongestionnants est représenté par la saignée locale pratiquée directement sur le col de l'utérus. Cette saignée, qui a pour but d'amener la déplétion du système vasculaire sanguin de l'appareil utéro-ovarien, peut être pratiquée à l'aide des sangsues, avec le bistouri ou encore avec des instruments spéciaux tels que la sangsue artificielle de M. Collin ou les scarificateurs de Mayer ou de Papillon.

L'application des sangsues sur le col a été préconisée pour la première fois par Guilbert en 1826 dans un mémoire ayant pour titre : *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus.* Ce moyen que l'on croit, sans grande certitude, avoir été employé par Zacutus Lusitanus et Nigrisolo de Ferrare, a été propagé dans la pratique gynécologique par Aran, Scanzoni et M. Courty.

L'intervention directe du médecin étant indispensable pour la pratique de cette petite opération, il ne sera pas inutile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

C'est sur le bord du lit, les pieds appuyés sur deux chaises un peu élevées, qu'il convient de placer la malade, et non les membres inférieurs rapprochés et fléchis sur le ventre, comme on l'indique dans les traités classiques, cette position devenant intolérable au bout de quelques secondes. Un spéculum cylindrique embrasse le col aussi étroitement que possible et est maintenu bien appliqué en contact immédiat avec les culs-de-sac. Le col est débarrassé des produits de sécrétion à l'aide d'un tampon de charpie, et un bondonnet d'ouate est introduit dans l'orifice cervical afin d'empêcher les annélides de pénétrer dans l'utérus.

Avant de jeter les sangsues dans le spéculum, afin de les engager à mordre aussitôt qu'elles seront en contact avec le col, je prends une plume métallique toute neuve fixée à l'extrémité d'un porte-plume et j'enlève un des becs ; à l'aide de cet instrument, je pratique quelques piqûres, cinq ou six, qui donnent chacune une goutte de sang. Le col est badigeonné avec ce sang, les sangsues sont projetées dans le spéculum et maintenues au fond de l'instrument au moyen d'un tampon d'ouate ou de charpie. — Au contact du sang elles se fixent aussitôt et restent suspendues à la muqueuse du col pendant quinze à vingt-cinq minutes. — Cinq minutes après la projection des annélides dans le spéculum, j'ai l'habitude d'enlever la charpie qui les maintient au fond. Cette manière de faire a pour but, alors qu'elles ont mordu et que le sang s'écoule, d'empêcher la formation de caillots qui gênent les sangsues et les détachent prématurément.

Le nombre de ces annélides ne peut dépasser six ou sept. Si on en mettait un plus grand nombre, quelques-unes ne trouveraient point de place et par leur agitation continuelle empêcheraient les autres de se fixer ou les détacheraient.

Après vingt ou vingt-cinq minutes, toutes les sangsues sont tombées; si par hasard quelques-unes persistent on les force doucement à lâcher prise, on enlève les caillots, on nettoie le vagin, on enlève le spéculum et on s'assure que toutes les sangsues ont été retirées. A partir de ce moment, l'hémorrhagie s'établit et persiste pendant

quelques heures. La malade reste couchée sur le dos, et l'on place sous le siège des linges destinés à étancher le sang.

L'hémorrhagie ne fournit habituellement qu'une quantité de sang très-modérée qui s'écoule, peu à peu, en quatre ou cinq heures. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Aussi le médecin ne doit-il s'éloigner qu'après avoir constaté que la perte de sang n'est pas trop abondante. Pour arrêter une hémorrhagie trop abondante on a conseillé de faire des lotions vaginales à l'eau froide vinaigrée, les injections avec de l'eau froide avec un °/₀ de perchlorure de fer à 30°, l'application directe de perchlorure de fer sur les piqûres, enfin le tamponnement.

Dans une circonstance, Messieurs, j'avais appliqué six sangsues sur le col. A peine s'étaient-elles détachées que les six piqûres se mirent à donner du sang en abondance. Je replaçai le spéculum afin d'exposer les plaies à l'air ; l'hémorrhagie continuant avec la même abondance, je fis quelques lotions à l'eau vinaigrée sans résultat. Je n'avais pas de perchlorure de fer sous la main. Je pensai alors à employer un moyen qui m'avait été fort utile pour arrêter des hémorrhagies faites sur la surface cutanée : la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. — Pour cela faire, je nettoyai avec soin la surface du col et enlevant brusquement le petit bondonnet appliqué sur une piqûre, j'enfonçai le crayon de nitrate d'argent au niveau de la blessure faite par l'annélide ; trente secondes, en moyenne, me suffirent pour arrêter le sang fourni par chaque piqûre. Une seule piqûre fut respectée. Elle fournit du sang pendant une heure et demie, après quoi jugeant la perte assez forte je l'arrêtai par le même procédé, comme je l'avais fait pour les autres. Chaque médecin a dans sa trousse un crayon de nitrate d'argent ; il peut être pris au dépourvu, comme je le fus en cette circonstance, il sera heureux de trouver sous la main un moyen d'un emploi facile et d'une action prompte qui ne présente aucun inconvénient ; car, sur une surface intacte qui vient d'être l'objet d'un traumatisme extrêmement restreint, le nitrate d'argent ne peut exposer aux accidents, légers d'ailleurs, qu'il peut produire lorsqu'il est employé à modifier une surface ulcérée des lèvres ou du canal cervical.

Cette petite opération dont je viens de vous décrire le manuel opératoire, ainsi que l'hémorrhagie sérieuse qui peut en être la conséquence, demande quelques précautions dans le but de prévenir deux sortes d'accidents : la piqûre des culs-de-sac vaginaux ; l'entrée des sangsues dans la cavité utérine.

Pour empêcher le premier de ces accidents de se produire, l'application d'un spéculum cylindrique embrassant étroitement le col et maintenu bien en contact avec les culs-de-sac représente la précaution indispensable. J'ai vu, il y a quelques années, une application de sangsues faite à l'aide d'un spéculum trop large pour le volume du col, permettre la piqûre sur le vagin, dans le cul-de-sac postérieur. Il en résulta une hémorrhagie très-abondante, je dirai même très-inquiétante,que le tamponnement seul, pratiqué avec des bondonnets de charpie imbibés d'une solution de perchlorure de fer au 1/50 put enfin enrayer. Ce premier temps de l'opération et le choix d'un spéculum embrassant le col d'une façon très-étroite, plutôt trop peu que trop, présentent donc une certaine importance que le praticien fera sagement de ne pas négliger.

L'introduction d'une sangsue dans l'utérus est un accident qui a été signalé par plusieurs gynécologues. H. Bennett, dans son *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus* rapporte qu'il croit avoir rarement vu de douleur plus intense que celle qu'éprouvaient ses malades lorsqu'une ou plusieurs sangsues ayant pénétré dans le canal cervical tardaient à en sortir et se fixaient probablement, soit sur la paroi cervicale, soit dans la cavité utérine elle-même. « La douleur, dit H. Bennett, commence par une souffrance aiguë dans la région de l'utérus, augmente graduellement, et se termine enfin par des coliques utérines de la nature la plus violente, qui reviennent toutes les quelques minutes, comme les douleurs de l'enfantement. Le traitement le plus efficace est l'inhalation de chloroforme ou l'injection de laudanum dans le rectum. Vingt ou vingt-cinq gouttes de ce dernier liquide, mélangées à 30 grammes d'eau chaude, suffisent, généralement, pour apaiser ces spasmes, dans l'espace de quinze à

vingt minutes. Quand on n'y porte aucun remède, les douleurs peuvent persister plusieurs heures (1). »

M. Bermutz rapporte que son collaborateur Goupil a été témoin, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Barth qu'il remplaçait, de l'entrée d'une sangsue dans la cavité utérine. M. Besnier aurait eu, en ville, un accident semblable. Dans cette dernière circonstance, quoique la sangsue ne soit sortie que sous l'influence du bain chaud dans lequel la malade fut plongée, elle n'aurait donné lieu à aucun accident. Dans le fait de M. Siredey, au contraire, des douleurs hystéralgiformes violentes et assez prolongées furent le résultat de la pénétration de l'annélide dans la cavité de l'utérus.

Je crois, Messieurs, qu'il nous sera facile d'interpréter ces faits. Parmi les auteurs, les uns, tels que Goupil, M. Besnier, M. Courty, ont vu des sangsues pénétrer dans la cavité utérine, y séjourner même, sans donner lieu à aucun accident, mais ce dernier gynécologue a appelé l'attention sur un fait dont la connaissance suffit pour expliquer la douleur intense et l'ébranlement nerveux que peut produire l'introduction d'une sangsue dans l'utérus. Lorsque la surface du col est ulcérée, si la sangsue vient s'implanter sur ce point, la douleur qu'en éprouve la malade est atroce et peut aller jusqu'à l'évanouissement.

H. Bennett, de son côté, signale combien la sensation est pénible, horrible même quelquefois, lorsque la sangsue se fixe dans le canal cervical. La muqueuse du canal cervical est presque toujours desquamée dans le cas de congestion utérine. La cause de la douleur, à mon avis, est la même dans les deux cas : implantation de l'annélide sur une surface enflammée, privée de son épithélium.

La congestion peut s'accompagner aussi de névralgie utérine, je dirai même que le cas n'est pas très-rare. Essayer de franchir l'isthme avec un cathéter est une petite opération qui, dans cette circons-

1. « J'ai vu, ajoute Bennett, l'application de sangsues sur le col, suivie d'une violente attaque d'urticaire, qui disparut d'ailleurs bientôt. » — Si je rappelle cette citation c'est dans le but d'appeler l'attention sur le rôle que peuvent jouer, dans la production de troubles du système nerveux central, les irritations non perçues dont le col de l'utérus peut être le siège. — Il importe à la doctrine physiologique que je défends, de s'appuyer sur tous les faits bien observés, épars dans la science, qui peuvent servir sa cause.

tance, amène parfois la douleur horrible et les phénomènes nerveux que je vous ai déjà mentionnés. Il en est de même, chez quelques hystériques dont l'isthme est le siége d'un état d'hypéresthésie que le médecin ne peut prévoir et qui ne se révèle que lorsque le cathéter est introduit dans l'utérus.

On comprend, que dans ces différents cas, le passage de la sangsue, à travers l'isthme donne lieu aux mêmes accidents que le cathétérisme utérin lorsqu'il existe une névralgie de l'utérus ou un état hypéresthésique de cet organe.

Les précautions à prendre, d'après cela, sont les suivantes : embrasser le col avec un spéculum cylindrique de façon à empêcher les sangsues de piquer sur les culs-de-sac vaginaux ; introduire dans le méat cervical un bondonnet d'ouate ou de charpie destiné à préserver la cavité utérine et le canal cervical de la pénétration et surtout de l'implantation des annélides sur leurs parois ; enfin recouvrir de collodion les parties ulcérées des lèvres du col pour éviter la douleur que cause la piqûre sur ces points enflammés.

J'appellerai, en dernier lieu, votre attention sur le fait suivant. Les sangsues appliquées sur le col, dans le cas de congestion utérine, donnent lieu parfois à une quantité de sang tellement insuffisante qu'il est indispensable de recommencer l'opération, dans le laps de temps le plus court, non-seulement parce que le résultat est nul, mais encore parce que la succion sans hémorrhagie a augmenté l'état congestif de l'organe.

L'application de sangsues sur le col n'est pas le seul moyen à l'aide duquel le praticien puisse enlever du sang à l'appareil utéro-ovarien frappé de congestion.

Le bistouri, la lancette portée à l'extrémité d'une longue pince, le poinçon d'un trocart (cet instrument est celui dont je me sers journellement à l'hôpital) peuvent servir à scarifier les lèvres du col.

On choisit un bistouri large de la pointe, et huit à dix fois de suite on introduit cette pointe dans le tissu de la muqueuse à une profondeur de 3 à 4 millim. Si l'on veut obtenir une assez grande quantité de sang, on peut transformer chacune de ces piqûres en une courte in-

cision, et placer la malade dans un bain chaud en prenant la précaution de lui faire introduire un spéculum fenêtré.

La saignée avec la lancette et la saignée avec le poinçon de trocart nécessitent les mêmes précautions pour obtenir du sang en quantité suffisante. Sans cela, on n'aurait qu'une scarification utile seulement dans les cas d'ulcérations avec hypertrophie papillaire.

La crainte de blesser des vaisseaux importants a suggéré à M. Karl Mayer l'idée d'utiliser le scarificateur. Cet auteur a fait construire un scarificateur et des ventouses qu'on peut porter facilement au fond du spéculum.

Je mets sous vos yeux l'instrument de K. Mayer construit par M. Mathieu (fig. 1).

Vous voyez, Messieurs, que cet instrument n'est autre que le scarificateur ordinaire, mais considérablement réduit dans ses proportions et porté sur un manche à l'extrémité libre duquel se trouve un levier destiné à produire, au moment voulu, la détente du ressort.

La ventouse ne présente rien de particulier, si ce n'est la forme allongée nécessitée par son appropriation.

Un scarificateur construit d'après un principe différent est celui de M. Collin. Le voici (fig. 2).

Une lame circulaire, taillée en bec de flûte, fait plus ou moins saillie suivant que le curseur qui l'entoure la découvre plus ou moins. De cette façon, on peut à volonté faire une scarification circulaire ou demi-circulaire, en imprimant, dans l'un et l'autre cas, un mouvement de rotation à la lame en poussant lentement avec le pouce la tige fixée sur l'anneau qui est à l'extrémité du manche. Le col bien essuyé à l'aide d'un tampon de charpie, on place une de ces longues ventouses sur le point scarifié et on tourne lentement l'écrou de façon à faire le vide en remontant le piston.

Vous pourriez croire, Messieurs, d'après cette description faite rapidement, que rien n'est plus facile que l'application de cette ventouse. J'ai le regret de vous dire qu'il est loin d'en être ainsi. Si vous voulez que cette ventouse s'applique bien sur le col et aspire

une certaine quantité de sang, il faut d'abord qu'un aide maintienne, avec une certaine pression, l'utérus en appuyant sur l'hypogastre. Puis l'opérateur appliquant la ventouse sur le point scarifié devra porter son attention à empêcher le tube de tourner et d'abandonner la lèvre du col, lorsqu'il imprimera à l'écrou son mouvement de ro-

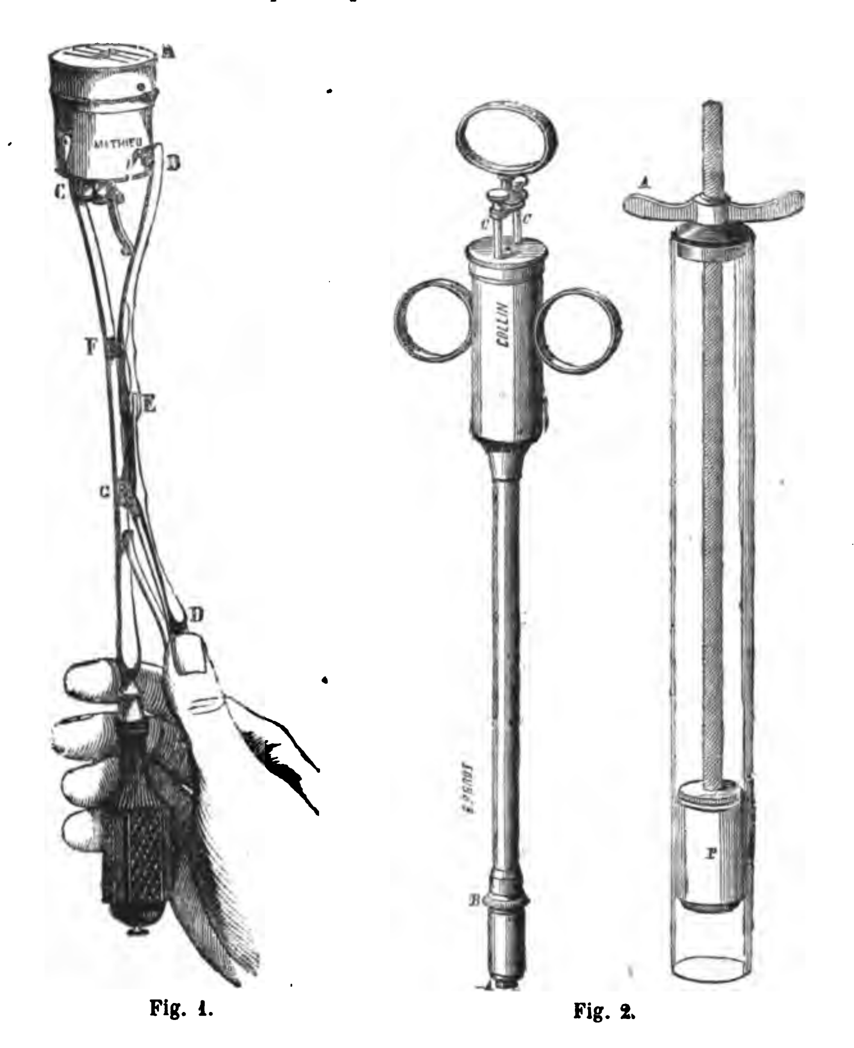


Fig. 1. Fig. 2.

tation. Ce n'est qu'én observant ces précautions qu'on pourra parvenir à utiliser la ventouse.

Dans ces derniers temps, M. Collin a modifié, en le simplifiant, cet

utile appareil. Je le fais passer devant vous (fig. 3). Le scarificateur est renfermé dans la tige du piston de la ventouse, de façon que tout se réduit à un seul instrument.

M. le Dr Papillon a imaginé une nouvelle ventouse à scarifications (fig. 4). La ventouse est appliquée sur le col. Elle est ouverte aux deux bouts, ce qui permet de scarifier avec un scarificateur à lame

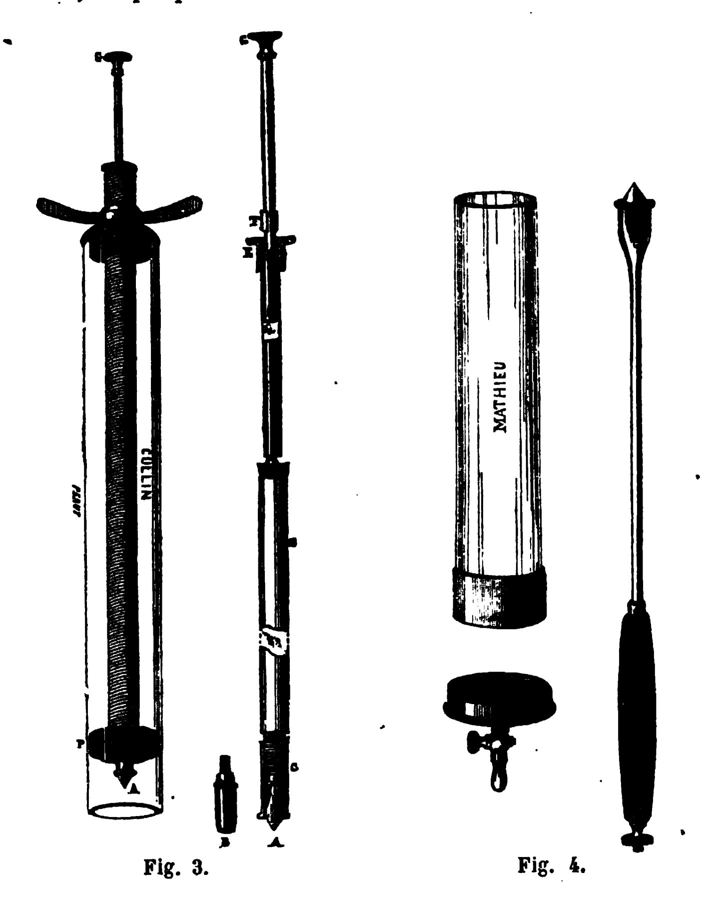


Fig. 3. Fig. 4.

limitée. Puis on ferme la ventouse avec un apercule à vis et on aspire à la pompe.

Après cet exposé du manuel opératoire des émissions sanguines pratiquées sur le col, il ne nous reste plus, Messieurs, pour terminer la question, qu'à préciser leurs indications.

Ce que nous demandons aux émissions sanguines, c'est une action déplétive pure et simple.

Voyons quelles sont parmi les différentes sortes de congestions que nous avons plusieurs fois énumérées dans le cours de ces leçons, celles qui peuvent bénéficier de cette action déplétive.

Je crois utile, en poursuivant cette étude, de placer de nouveau sous vos yeux la classification des congestions utérines que nous avons adoptée et discutée ensemble.

I. — Congestion utérine due à la difficulté opposée au retour du sang vers l'organe central.

II. — Congestion, improprement appelée réflexe, d'origine périphérique ou par irritation périphérique, ayant pour siège un des organes de l'appareil utéro-ovarien ou quelquefois un autre organe.

III. — Congestion directe par lésions physiques des centres.

IV. — Congestion par ébranlement du centre cérébro-spinal : choc physique, choc moral.

V. — Congestion utérine mobile en rapport avec l'irritation spinale.

Les médecins qui ont discuté et critiqué l'emploi des saignées du col ont fait valoir, parmi leurs arguments, la réplétion consécutive du système vasculaire que l'émission sanguine n'aurait débarrassé que temporairement.

Sans nous arrêter à discuter cette raison, je vous rappellerai que le traitement spinal que je préconise étant institué parallèlement à la saignée utérine, les vaisseaux reprennent leur autonomie lorsque les centres d'innervation vaso-motrice ont reconquis leur activilé tonique momentanément paralysée.

Si l'objection tombe d'elle-même lorsqu'il s'agit des quatre dernières sortes de congestion, elle conserve toute sa valeur, en apparence du moins, lorsqu'il est question de cet état congestif qui résulte de la difficulté opposée au retour facile du sang vers l'organe central, par une compression.

Cependant il n'est pas à dire que, dans ce dernier cas, les émissions sanguines ne trouvent jamais leur application. Une congestion uté-

rine s'est établie sous l'influence d'un fibroïde intra-utérin, par exemple, la congestion est ancienne, elle prend une tendance hémorrhagipare, et les phénomènes caractéristiques de cet état morbide prennent, chaque jour, un nouveau caractère d'intensité. Que peut la saignée du col dans cette circonstance? Sur quoi repose la valeur de son indication?

Comme dans tous les cas où on la pratique, la saignée du cal amenant la déplétion des vaisseaux, ceux-ci se resserrent, se contractent avec une certaine énergie et une certaine permanence, ce qui met fin, pour un temps, aux accidents congestifs.

Ici le traitement spinal semble ne devoir donner aucun résultat, puisque la compression est considérée comme la cause absolue de l'établissement de la congestion. Cependant il ne faut pas oublier que tout état morbide de l'utérus tend à réagir sur les centres d'innervation vaso-motrice et que, d'autre part, l'observation démontre qu'il existe quelquefois, rarement il est vrai, en l'absence de tout état congestif, des états morbides qui font prendre à l'utérus un tel volume que la compression semble sinon certaine, du moins fort probable.

Lorsqu'une affection du cœur ou une affection du poumon entretiennent la congestion permanente, celle-ci, par son ancienneté, par les proportions qu'elle a prises, par la forme hémorrhagique continue mais peu intense à laquelle elle aboutit, peut nécessiter l'emploi de la saignée du col, qui modifie pour quelque temps, l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien et permet une amélioration de la santé générale. s'il n'y a pas hémorrhagique, il y a contre indication.

Dans la deuxième classe de congestions, celle qu'on appelle improprement réflexe,qui reconnaît pour cause une irritation périphérique et par contre la paralysie des centres d'innervation vasomotrice, présente fréquemment l'indication nette et précise de la saignée du col.

Dans cette forme de congestion, la dilatation des vaisseaux et l'aggravation de l'état vont en augmentant de plus en plus, sans aucune tendance spontanée vers la guérison. Les plexus vasculaires qui appartiennent à l'appareil utéro-ovarien, et même ceux des organes

environnants, participent de cette congestion visible au col.Les émissions sanguines assez abondantes pratiquées à l'aide des sangsues ou à l'aide des scarifications aidées de la ventouse, en agissant de proche en proche, dans ce cas-là, produisent une déplétion dont l'aotion se fait sentir jusque dans des régions plus ou moins éloignées.

Les sangsues et les scarifications ne présentent pas des indications absolument identiques. Les sangsues produisent une déplétion pure et simple et les vaisseaux diminuent d'autant plus de volume que la quantité de sang soustraite est plus considérable. Avec la scarification on divise au sein des tissus congestionnés un très-grand nombre de vaisseaux qui sous l'influence de ce traumatisme se resserrant avec énergie, et facilitent ainsi la sortie du liquide sanguin.

Par conséquent il sera logique de pratiquer les émissions sanguines locales à l'aide des sangsues appliquées sur le col utérin, lorsqu'on se trouvera en présence d'un état congestif modéré mais permanent, existant depuis un temps relativement court, quelques mois, par exemple.

Mais si la congestion est très-ancienne, si le volume du col est considérablement accru, si le toucher permet de constater l'empâtement des culs-de-sac latéraux et mieux l'existence de ces sortes de grappes molles dues à la distension des vaisseaux péri-utérins, les scarifications avec emploi consécutif de la ventouse trouveront leur application, mieux que le moyen précédent.

Avec la scarification on obtient moins de sang, il est vrai, mais la stimulation exercée sur les parois des vaisseaux est très-énergique et vient favoriser l'action révulsive pratiquée concurremment sur la région spino-lombaire, dans le but de restituer, comme nous le verrons plus tard,aux centres d'innervation vaso-motrice,leur tonicité perdue.

Quoique les gynécologues soient d'accord pour reconnaître les bons résultats produits par les émissions sanguines pratiquées sur la partie vaginale du col utérin, il n'est pas sans utilité de signaler le jugement sévère porté par le professeur Seyfert sur cet important moyen thérapeutique, afin d'en démontrer l'erreur.

Seyfert reproche à l'application de sangsues sur le col de n'arriver jamais à modifier la quantité de sang qui se trouve dans cet organe, et même, d'augmenter la congestion. Cette saignée locale, ajoute-t-il, augmente encore l'anémie générale qui existe déjà, aggrave l'état général d'une façon considérable et n'empêche nullement l'utérus de devenir et de rester moins douloureux.

La première objection de Seyfert est mal fondée, aussi bien d'ailleurs que les deux autres.

Que la quantité de sang en circulation dans l'organe ne soit point diminuée, peu nous importe si la marche du sang dans les vaisseaux devenant plus énergique et plus rapide fait disparaître les conditions anormales qui représentent l'état congestif. Mais il ajoute : « et la congestion se trouve augmentée. » C'est là, Messieurs, que la preuve du contraire peut être faite de la façon la plus satisfaisante.

Avant de faire une application de sangsues sur le col, chez une malade portant les signes les mieux caractérisés de la congestion, je prends, avec le soin le plus minutieux, la température intra-utérine que je trouve égale à 38°4.

Je fais l'application de six sangsues et une heure et demie après, alors que le sang a cessé de couler, je prends de nouveau la température intra-utérine. Celle-ci s'est abaissée de 5 dizièmes, preuve évidente de la modification sérieuse de l'état congestif de l'organe.

Dans quelques cas où l'émission sanguine a été abondante et persisté pendant trois ou quatre heures, l'abaissement de la température a pu aller jusqu'à 8 dizièmes de degré.

Quant à la diminution de la quantité de sang en circulation, je n'en veux pour preuves, que la pâleur des tissus du col utérin succédant à une coloration violacée, et la diminution de volume du col mesurée par son diamètre transversal, ayant perdu, dans l'espace de quelques heures, 5 millimètres de sa longueur.

L'augmentation de l'anémie générale mentionnée par Seyfert est encore une idée théorique que l'observation ne justifie pas. La quantité de sang perdue est, presque toujours, peu considérable et n'aggrave pas l'état d'anémie,au contraire, comme le prouvent les observations suivantes.

Avant d'appliquer les sangsues sur le col utérin je fis à l'aide du

compte-globules la numération des hématies chez trois femmes atteintes de congestion utérine bien caractérisée.

Les nombres obtenus furent : 3,220,000 — 2,821,000 — 3,007,000, par millim. cube.

Deux heures après, l'hématimètre ne donnait plus que 3,038,000 — 2,511,000 — 2,852,000.

Vingt-quatre heures plus tard, le nombre des globules était augmenté chez l'une des malades, stationnaire chez la seconde et diminué chez la troisième : 3,472,000 — 2,821,000 — 2,604,000.

Jour par jour, cette même numération des globules fut faite avec soin et je pus noter l'élévation progressive du nombre des globules à partir du premier jour pour la première malade, à partir du cinquième jour pour la deuxième, et à partir du seizième jour seulement pour la troisième. Je constatai, en même temps, l'amélioration de l'état général et la tendance au retour à la santé, sous l'influence de l'atténuation du sentiment de gêne et de l'état douloureux de l'appareil utéro-ovarien.

Les assertions de Seyfert, relativement aux applications de sangsues sur le col, ne reposent donc sur aucun fondement et doivent être considérées comme de simples vues personnelles de l'esprit, en dehors de toute observation sérieuse.

Les troisième et quatrième espèces de congestions nécessitent, comme la seconde, l'emploi des émissions sanguines locales, lorsque cet état morbide est ancien, ou lorsque la réplétion du système circulatoire de l'appareil utéro-ovarien étant considérable, cet appareil devient le siège de phénomènes douloureux qui troublent grandement l'exercice d'un certain nombre de fonctions et réagissent sur l'état général.

C'est surtout dans la congestion par ébranlement du centre cérébro-spinal (choc physique, choc moral) que les émissions sanguines et pratiquées sur le col sont appelées à rendre de grands services.

Employées seules, elles modifieront, temporairement, l'état de réplétion exagérée du système circulatoire de l'utérus, les troubles fonctionnels ou l'état douloureux qui en sont la conséquence. Aussi, ne peut-on demander à ce moyen thérapeutique de remplir qu'une

seule indication : *amener la déplétion de l'appareil utéro-ovarien*, pendant qu'à l'aide d'autres moyens dirigés sur la région lombaire de la moëlle, on restitue aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité perdue, et, aux nerfs vaso-moteurs une action qui leur permettra de s'opposer à une réplétion morbide nouvelle des vaisseaux de l'appareil utérin.

Enfin, la cinquième espèce de congestion utérine, définie, *congestion utérine morbide en rapport avec l'irritation spinale*, ne saurait être combattue, dans tous les cas, à l'aide des émissions sanguines locales.

Lorsqu'il y a lieu de rappeler les règles, en un mot, de les fixer à l'utérus, les applications de sangsues ou les scarifications du col peuvent être utiles, mais il existe un certain nombre de circonstances où il faut savoir s'abstenir de l'emploi de ce moyen. Nous aurons l'occasion de discuter longuement la question, lorsqu'au sujet des règles déviées nous étudierons la congestion utérine dans ses rapports avec l'irritation spinale généralisée.

Si dans tous les cas de congestion utérine avec irritation spinale généralisée, il n'y a pas lieu d'employer les émissions sanguines localisées, cette condition peut être placée au nombre des contre-indications.

L'hémorrhagie de la congestion hémorrhagipare est aussi une contre-indication lorsqu'elle est abondante et intermittente à de courts intervalles, tout à la fois. Si l'hémorrhagie est peu abondante et existe presqu'à l'état permanent, la saignée locale fait tomber le spasme, où, pour m'exprimer d'une façon mieux en rapport avec les connaissances physiologiques, met fin au phénomène d'érection et permet d'arriver à la guérison de l'état congestif en remplissant d'autres indications thérapentiques, aussitôt la déplétion obtenue.

En dernier lieu, je vous signalerai, Messieurs, comme contre-indications l'anémie poussée à des limites telles que le nombre des globules est inférieur à deux millions par millim. cube, la chlorose, la tuberculose pulmonaire, les affections organiques du cœur.

Dans ces différentes circonstances, les courants continus appliqués

sur le col, non-seulement modifient l'état congestif de l'utérus, mais encore exercent sur la sanguification et sur les complications que je viens de vous signaler, une action fort intéressante que nous ne tarderons pas à étudier ensemble.

Je ne terminerai pas cette leçon sans vous engager à faire l'application d'un pansement osmotique glycériné, toutes les fois que vous aurez fait une émission sanguine locale. Vous ajouterez ainsi une action déplétive lymphatique à l'action déplétive sanguine et vous aurez appliqué le meilleur des pansements sur le traumatisme que vous aurez produit. Le col est un organe sur lequel la moindre lésion comme vous le savez peut donner lieu à une complication inflammatoire péri-utérine qu'il y a intérêt à éviter.

REVUE CLINIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE SPINALE DU VAGINISME

Par le docteur JULES CHÉRON.

D'après les observations de vaginisme que nous avons publiées dans cette Revue depuis quelques mois, et les faits remarquables d'irritation spinale localisée au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales que nous avons signalés chez les malades qui sont atteintes de cette affection, nous avons cru devoir considérer le vaginisme comme étant toujours consécutif à une hypéresthésie vulvaire qui existe souvent seule, pendant un temps très-long, et se termine par la contraction vulvaire, si la cause génératrice ne disparaît auparavant sous l'influence d'un traitement approprié.

Lorsque cette hypéresthésie vulvaire existe seule, les points apophysaires, l'irritation spinale localisée se retrouvent comme dans

les cas de vaginisme. L'irritation spinale et l'apophysialgie des septième et huitième vertèbres dorsales appartiennent donc à l'hypéresthésie vulvaire ; la souffrance de la moëlle précède, comme on devait le supposer, l'apparition du spasme réflexe qui produira le vaginisme.

Pour démontrer l'enchaînement pathogénétique des faits, il fallait pouvoir suivre le développement de l'hypéresthésie vulvaire et voir apparaître le spasme musculaire un peu plus tard. Cette occasion s'est offerte à notre observation, le moment est venu d'en faire part à nos lecteurs. — C'est la démonstration complète de l'enchaînement des faits pathologiques qui ont pour aboutissant le vaginisme.

Cinquième observation. — Endométrite et adéno-lymphangite péri-utérine chez une névropathe stérile âgée de vingt-six ans. — Hypéresthésie vulvaire consécutive développée lentement dans les caroncules myrtiformes du côté gauche. — Aggravation de l'état douloureux. — Apparition des points apophysaires des septième et huitième vertèbres dorsales. — Névralgie intercostale gauche. — Crise de dysménorrhée très-douloureuse. — Contraction du constricteur du vagin. — Disparition de la contraction et retour de celle-ci avec l'exacerbation de l'hypéresthésie sous l'influence des crises de dysménorrhée.

Une jeune femme de vingt-six ans, très-nerveuse, très-impressionnable, sans enfants, se présente à notre clinique le 16 mars 1878, se plaignant de douleurs vives à la vulve et suppliant qu'on l'examine sans lui faire de mal.

Le passage du doigt est supporté assez facilement ; le côté gauche de l'anneau vulvaire est seul douloureux au toucher.

Un petit spéculum bivalve introduit doucement et porté surtout du côté droit est supporté et permet de constater l'existence d'un écoulement purulent par le canal cervical, indice d'une endométrite qui s'accompagne d'une adéno-lymphangite constatée par le toucher.

La malade rapporte que dès les premiers jours du mariage elle a souffert pendant les rapports, et que depuis lors une sensation de malaise et souvent de douleur s'éveillait dans le ventre à la suite de la moindre fatigue amenée par la marche. Le siège de la douleur était, au dire de la malade, dans les profondeurs du vagin.

Depuis la première année du mariage, il y a sept ans, il lui est ar-

rivé souvent de ressentir, soit pendant les rapports, soit simplement en prenant les soins de toilette, une douleur au niveau de l'anneau vulvaire, du côté gauche, sur un point très-limité et très-sensible à la pression.

Les règles, qui étaient régulières et faisaient leur apparition sans douleur avant le mariage, sont devenues peu à peu de plus en plus difficiles, irrégulières et douloureuses. — Aujourd'hui, elles sont presque toujours en retard et s'accompagnent d'une névralgie intercostale sous-mammaire gauche.

Depuis un an, à peu près, les rapports sexuels sont devenus presque impossibles, surtout aux approches des règles, les parties venant à se fermer comme le dit la malade, et à opposer une résistance que les efforts ne font qu'accroître, en provoquant une douleur atroce qui retentit dans le dos, entre les épaules.

L'examen de cette région nous fait découvrir trois points apophysaires localisés aux septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales; les deux premiers beaucoup plus sensibles que le troisième. Les nerfs émergents participent de cette sensibilité à la pression, surtout du côté gauche.

Lorsque nous pratiquons l'examen à l'aide du toucher et du spéculum, nous retrouvons le point douloureux situé dans les caroncules myrtiformes, du côté gauche, et nous percevons quelques contractions intermittentes du sphincter, au moment de l'introduction du doigt et de l'introduction du spéculum.

La malade raconte qu'un semblable examen est impossible au moment des époques, car étant allée consulter un médecin qui dut l'examiner à ce moment-là (les règles apparurent trois jours après), il fut matériellement impossible de pratiquer le toucher et de tenter l'introduction d'un petit spéculum, *la vulve étant complétement fermée*.

Aujourd'hui on constate à l'aide du spéculum l'existence d'un écoulement purulent par le canal cervical, indice d'une endométrite qui s'accompagne d'une adéno-lymphangite constatée par le toucher.

La malade revient au moment de chaque époque, comme nous le lui avons conseillé, et chaque fois nous constatons l'existence de la

contraction douloureuse du sphincter, coïncidant avec la dysménorrhée. Dans l'intervalle des époques, il n'y a aucune contraction permanente du côté du sphincter, l'hypéresthésie vulvaire existe seule.

L'examen de la région dorsale faisant reconnaître l'existence de trois points apophysaires et de points douloureux à la pression au niveau des nerfs émergents, une médication révulsive représentée par l'application de petits vésicatoires morphinés parvient à diminuer la sensibilité de ces points, et la guérison complète de la douleur apophysaire et de la douleur sous-mammaire est obtenue à l'aide de la cautérisation ponctuée pratiquée du mois de mai au mois d'octobre 1878.

Pendant toute cette période la malade fait, matin et soir, des irrigations vaginales avec de l'eau de son et de morelle. Aucun traitement local n'est employé.

Du mois de juillet au mois d'octobre les règles reparaissent sans crises douloureuses et la contraction du sphincter ne se produit pas. Il est bon de dire que pour combattre la dysménorrhée, la malade a pris, tous les mois, huit jours avant l'époque et chaque jour, six pilules d'extrait de belladone de 1 centigr. l'une : moyen qui est absolument sans action curative sur le vaginisme, comme chacun le sait. Des frictions sédatives ont été faites, tous les jours, sur la région lombaire de la moëlle qui est le siège d'une névralgie lombo-abdominale en rapport avec l'endométrite.

En examinant le point douloureux situé dans les caroncules myrtiformes du côté gauche on éveille, par le toucher et la pression, une sensation peu pénible que la malade n'accuse pas au passage du spéculum. Quelques attouchements avec la teinture d'iode morphinée font disparaître toute sensation pénible sur ce point vulvaire.

L'endométrite qui s'est grandement modifiée sous l'influence des injections vaginales, du traitement spinal de la région lombaire et de la disparition de la dysménorrhée, est amenée à guérison complète à l'aide des injections intra-utérines avec la solution aqueuse d'acide picrique employée douze fois en deux mois.

Voilà un cas qui au point de vue de la doctrine des localisations

médullaires, des rapports de causalité et de la pathogénie, présente le plus grand intérêt.

Nous résumons dans les propositions suivantes les points importants de l'observation.

L'hypéresthésie d'un point limité de la vulve siégeant à gauche sur les caroncules myrtiformes, s'accompagne d'apophysialgie des septième et huitième vertèbres dorsales et de névralgie intercostale gauche, ce qui suffit pour caractériser l'irritation spinale localisée.

Des crises de dysménorrhée produisent, au moment des règles la contraction permanente du constricteur du vagin qui caractérise le vaginisme.

Il y a là un phénomène de vaginisme intermittent sous l'influence de l'exacerbation de l'hypéresthésie vulvaire par la dysménorrhée.

On peut déduire de là, que l'hypéresthésie vulvaire débute d'abord sous l'influence d'une affection de l'appareil utéro-ovarien en s'accompagnant d'une irritation spinale localisée au niveau des septième et huitième dorsales vertèbres, et que son exacerbation et sa persistance amènent la contraction, d'abord intermittente, et plus tard permanente, du constricteur du vagin, ce qui constitue l'affection connue sous le nom de *vaginisme*.

LEÇON CLINIQUE (M. PÉAN)

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

Trois jeunes femmes se présentent à notre clinique d'aujourd'hui, offrant des tumeurs fibreuses du corps de l'utérus qui me permettront de vous rappeler en peu de mots l'histoire de ces sortes d'affections. Voici d'abord une femme âgée de trente-huit ans, et qui n'a jamais eu d'enfants. Le début de la maladie semble remonter à environ une

année ; mais ces symptômes habituels ne se sont accentués que depuis quelques mois seulement. Au contraire de ce qui se produit d'ordinaire, les règles sont moins abondantes depuis cette époque, et durent moins longtemps. Le toucher vaginal et le palper hypogastrique nous démontrent l'existence d'un assez grand nombre de tumeurs ayant leur siège à l'intérieur de l'utérus. Inutile de vous dire qu'aucun des autres signes permettant au chirurgien de reconnaître leur présence, tels que douleurs lombaires et hypogastriques, accidents du côté de la vessie et du rectum, ne font ici défaut, et sont même tellement accusés que la malade réclame notre intervention pour la soulager de ses douleurs.

La seconde malade est un peu moins âgée ; elle a trente et un ans seulement. Elle souffre depuis son accouchement qu'elle fit il y a deux ans, et, comme presque toujours, elle est affectée à l'époque de ses règles, quelquefois même dans l'intervalle, de véritables hémorrhagies qui l'ont fait tomber dans un état profond de cachexie. Cependant (vous avez vu récemment le même fait se reproduire chez une femme que nous avons opérée dans cet amphithéâtre), depuis quelque temps les pertes de sang sont diminuées pour faire place à des douleurs expulsives violentes, extrêmement pénibles, qui n'ont fait que déprimer encore ses forces déjà considérablement affaiblies.

La troisième a depuis trois ans des pertes continuelles. Elle se décide maintenant à se faire opérer d'une tumeur que l'on sent, à l'hypogastre, assez volumineuse, et que par le toucher vaginal, on sent pénétrer dans le col de l'utérus, ce qui n'a pas lieu chez les deux premières malades dont je rapporte sommairement l'histoire.

La première chose que nous devons nous demander : c'est, 1° si la tumeur est sessile ou pédiculée ; 2° s'il nous est possible de connaître le lieu de son implantation.

Or, Messieurs, dans les deux premiers cas, le col de l'utérus est complètement fermé, et porte par conséquent un obstacle considérable à nos investigations. Dans le troisième cas, il nous est possible de sentir que la tumeur est reliée à l'utérus par un pédicule extrêmement volumineux. Cette simple exposition suffit à vous faire prévoir d'avance la conduite que nous allons tenir.

Le col utérin non ramolli et fermé s'oppose-t-il à une exploration

plus complète et à l'opération, vous devez préalablement faire la dilatation afin de vous renseigner bien exactement sur la nature de la tumeur en présence de laquelle vous vous trouvez, l'endroit de la matrice où elle est insérée, et, soit avec un cathéter, soit avec le doigt et même la main que vous introduisez pendant le sommeil chloroformique, vous assurer si vous n'avez pas affaire à une véritable tumeur fibreuse ou à un polype de l'utérus. Cette dilatation, vous pourrez la faire au moyen de l'éponge préparée introduite dans la cavité du col et cette simple introduction suffira quelquefois pour provoquer l'expulsion de la tumeur, ou bien, avec le gros dilatateur bivalve coudé que nous avons fait construire il y a une vingtaine d'années par M. Mathieu ; vous pourrez encore vous servir d'un procédé que vous avez vu souvent employer dans nos séances du samedi, et consistant dans le débridement du col avec le thermocautère. C'est de ce moyen que nous allons nous servir pour nos deux premières malades ; mais ce moyen, comme le débridement avec le bistouri, pouvant exposer à des hémorrhagies abondantes, les vaisseaux dans tous les cas de ce genre étant considérablement dilatés, vous devrez avant l'opération choisir un endroit bien exposé à la lumière, et faire préparer d'avance de nombreuses éponges montées et de longues pinces hémostatiques pour saisir immédiatement le vaisseau atteint et arrêter l'écoulement de sang. Ces recommandations, vous le voyez, Messieurs, ne sont pas superflues, puisqu'en opérant notre seconde malade, l'accident que je vous signalais vient de se produire, mais a été heureusement aussitôt réprimé, grâce à l'application immédiate d'une de nos longues pinces hémostatiques.

Pour la troisième femme, dont le col est dilaté, et dont la tumeur offre à sa base une sorte de rétrécissement, qui n'est en somme qu'un pédicule très-gros, nous emploierons un autre procédé imaginé par nous, il y a longtemps déjà, et qui, jusqu'ici, ne nous a donné que d'excellents résultats.

Je veux parler de la ligature de la tumeur au niveau de sa base, par une cordelette que nous portons dans l'utérus au moyen d'une double canule. Laissant l'une des canules en place, nous faisons accomplir à l'autre un cercle complet. La corde se trouve fixée de

cette façon autour du pédicule, et il ne nous reste plus qu'à passer les deux bouts dans un serre-nœud puissant, nous permettant d'exercer chaque jour une constriction plus considérable.

(*Paris médical.*)

IMPORTANCE DE L'ACCROISSEMENT DU POIDS CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Par le docteur R. FAUQUEZ.

L'enfant nouveau-né, en raison de l'excrétion du méconium qui commence à s'écouler immédiatement après la naissance, perd cent grammes environ de son poids. Il reste dans cet état pendant deux jours après lesquels il doit regagner, chaque jour, une partie de ce qu'il a perdu.

Donc, si au bout de deux jours le poids de l'enfant n'augmente pas il faut se tenir en éveil et le surveiller attentivement. Mais, si le poids diminue, c'est bien différent ; on doit en conclure que l'enfant est malade.

Il est extrêmement important d'avoir des renseignements précis jusqu'au sevrage de l'enfant ; à partir de ce moment, ils deviennent moins urgents, l'enfant ayant acquis une résistance assez grande contre les influences morbides.

Il résulte des recherches faites sur cette question que, à l'âge de sept jours, l'enfant doit avoir regagné ce qu'il avait perdu.

De sept jours à cinq mois, il doit augmenter en moyenne de 25 grammes par jour et, à cet âge, son poids doit être environ le double de ce qu'il était au moment de la naissance.

A partir de cinq mois, l'augmentation ne sera plus que de 15 grammes par jour et enfin, à seize mois, le poids sera environ le double de ce qu'il était à l'âge de cinq mois.

Il est bien évident qu'il ne faudra pas attacher une importance trop grande à l'exactitude des chiffres donnés ci-dessus, si, au lieu d'être de 25 grammes par jour jusqu'à cinq mois, l'augmentation était

seulement de 15 à 20 grammes, il ne faudrait pas en conclure que l'enfant souffre ; l'essentiel est qu'il gagne en poids, ce qui sera la preuve qu'il se trouve dans des conditions de santé satisfaisantes.

TROUBLES VISUELS EN RAPPORT AVEC LES MALADIES UTÉRINES ET LA MENSTRUATION.

On a, depuis quelque temps, écrit beaucoup sur ce sujet sans arriver à des conclusions bien nettes, surtout en ce qui concerne le traitement. Toutefois, il semble que, d'une manière générale, il y ait un rapport assez intime entre les accidents utérins et les lésions oculaires. Les troubles de la menstruation en particulier paraissent avoir un retentissement sur l'appareil oculaire ; en tout cas cette sympathie se manifeste par des caractères variés. Anciennement elle avait été notée déjà.

A la Société obstétricale de Dublin, en septembre 1877 (*Dublin Journal of medical science*), M. H. R. Swanzy a lu un long travail sur la matière. D'après lui l'iritis des jeunes filles de la onzième à la dix-septième année est en relation avec les accidents utérins. Il en cite sept cas. Il s'agit surtout de jeunes filles chez lesquelles l'écoulement menstruel est insuffisant ou manque. Cela est d'autant plus remarquable que l'iritis primitif est rare à cet âge de la vie. On n'en connaît guère d'exemple chez les garçons. Ces cas s'accompagnent de peu de douleur, peu d'injection et de photophobie. Il y a une grande tendance à la formation des sinéchies postérieures et surtout à l'opacité du corps vitré. Il s'agit plutôt là d'une iridochoroïdite à marche très-lente, très-difficile à guérir et très-sujette aux récidives. Dans un cas une hémorrhagie sous-choroïdienne avait compliqué cet état. Les indications de traitement ne diffèrent pas de celles des iritis d'autre origine ; mais les toniques et tout ce qui peut favoriser le retour de la menstruation sont indiqués.

Dans d'autres cas la rétinite et l'apoplexie rétinienne ont succédé à des suppressions de la menstruation.

L'asthénopie est liée aux troubles de la menstruation, fréquemment avec des accidents hystériques. Les malades se plaignent de l'impos-

sibilité de lire, d'écrire ou de coudre, de se servir de leurs yeux pour un travail quelconque à courte distance. Les douleurs excitées par le travail persistent du reste dans les intervalles. Elles ont beaucoup de photophobie, surtout pour la lumière artificielle. Ni injections ni gonflements des paupières, ni épiphora.

Bien qu'il s'agisse là le plus souvent de femmes à tempérament nerveux, elles peuvent n'avoir pas d'accidents hystériques très-manifestes. D'après Freund, de Breslau, les femmes dans ces conditions ont des paramétrites graves. Mais en réalité elles souffrent souvent de diverses lésions utérines, métrite chronique, catarrhe et ulcération.

Dans un travail plus ancien sur l'influence du système sexuel sur les maladies de l'œil (1876), dans les *Annales d'oculistique*, leçons de M. Jonathan Hutchinson, on trouve des considérations générales sur les rapports des fonctions oculaires et des fonctions sexuelles.

L'auteur, après avoir exposé, par exemple, comment les excès génitaux ou la masturbation chez l'homme peuvent déterminer des troubles de la vision, l'apparition de mouches volantes, même des lésions de la choroïde et de la rétine, indique que chez les femmes les mouches volantes sont rares du fait d'excès du coït, mais communes à la période critique et en rapport avec les troubles de la ménopause. Il est probable que certaines formes d'amblyopie et certaines altérations de la nutrition de l'œil sont en rapport avec des troubles de la menstruation ou avec sa suspension.

Le Dr Henry Noyes, de New-York, dans un travail plus récent (1879), *New-York medical Records*, a traité assez longuement de certains troubles de la vision.

On les rencontre, selon lui, avec toutes les formes de maladie des organes génitaux des femmes. Celles-ci souffrent d'un affaiblissement considérable de l'accommodation. Elles ont de la douleur pour lire ou coudre.

Dans certains cas extrêmes, la malade ne peut fixer son interlocuteur sans être prise de douleurs névralgiques. Ces phénomènes se rencontrent d'ordinaire avec une dépression considérable de l'organisme.

En outre des soins à donner à la maladie principale le soin de l'œil est indispensable. Il faut surtout tâcher de rétablir ses fonctions par un exercice modéré et progressif, et tenir compte des troubles légers de réfraction qui peuvent compliquer l'état de la malade.

L'état général doit être relevé avec beaucoup de soin, et certaines

précautions peuvent être prises pour éviter l'invasion de ces accidents. Les dames qui ont une menstruation difficile feront sagement de ne pas lire au lit à leur époque. On sait en effet que lire couché est mauvais pour tout individu affaibli.

Il est bon de protéger l'œil contre une lumière excessive et des couleurs trop brillantes.

S'occupant d'un fait moins général, M. Romiée, dans des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, signalait l'influence de la menstruation sur la marche de la conjonctivite phlycténulaire. Il citait un seul cas d'une dame dont quatre périodes menstruelles successives avaient été précédées par la formation de phlyctènes conjonctivales, qui disparaissaient rapidement aussitôt l'écoulement établi.

Le D[r] Daguenet, de Besançon, a publié dans le *Recueil d'ophthalmologie* (1876) un cas de kératite suppurative des deux cornées consécutives à la suppression des règles : et dans son article il rappelle que M. Galezowski a publié en janvier 1875, d'intéressantes observations sur les affections consécutives à la cessation des menstrues, maladies profondes et superficielles de l'œil.

Dans cette relation une femme de trente-sept ans avait vu ses règles supprimées après un refroidissement. Elle lavait du linge en janvier. Les deux cornées furent envahies par l'inflammation ; pour un œil, la nuit même, l'invasion du mal fut rapide.

Un traitement énergique, sangsues et purgatifs, permit de guérir la malade avec une partie de sa vision.

Les exemples divers que nous avons rapidement indiqués et auxquels il serait facile d'en joindre d'autres montrent suffisamment qu'il s'agit d'une coïncidence fréquente. Si on prenait la peine d'étudier l'influence de la grossesse on lui trouverait certainement aussi une influence sérieuse. Il est donc bon que le praticien ait l'attention appelée sur ce point.

(*Journal de méd. et de ch. prat.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 janvier 1880.

COMMUNICATION.

Sur divers points de la physiologie du muscle utérin.

M. Polaillon communique les résultats de ses études sur les phénomènes qui se passent pendant la dilatation du col de l'utérus.

Il s'agissait de faire pour le muscle utérin ce qui a été fait pour les muscles de la locomotion, pour le cœur, afin de savoir quelle est la forme et la nature de la contraction utérine, quels phénomènes l'accompagnent et quelle est la puissance de l'organe qui sert à la parturition. Schartz, le premier, en 1872, a donné un tracé de la contraction utérine obtenue à l'aide des instruments enregistreurs, et M. Poullet, en 1878, a imaginé le *tocographe*, appareil qui a pour but d'inscrire séparément les contractions de l'utérus et les contractions des muscles abdominaux.

L'appareil de M. Polaillon est semblable à celui qui a été mis en usage par MM. Chauveau et Marey pour mesurer les contractions du cœur. Il se compose essentiellement d'un ballon explorateur en caoutchouc, d'un manomètre à mercure en forme d'U, d'un utéroscope, qui est une imitation du sphygmoscope de M. M rey, d'un ambour à levier et d'un cylindre recouvert d'un papier enfumé et tournant avec une vitesse connue.

Les expériences entreprises ont permis de constater dans l'utérus

trois ordres de faits : une pression intra-utérine invariable, des mouvements nés en dehors de l'utérus et transmis jusque dans sa cavité, et des mouvements propres à la contraction utérine. La pression intra-utérine peut être évaluée à 35 millimètres de mercure. Elle dépend, pour un tiers environ, de la pression des muscles qui entourent la cavité abdominale, et pour deux tiers de l'utérus lui-même.

Comme tous les muscles, le muscle utérin possède deux propriétés importantes, qui sont la tonicité et l'élasticité. M. Polaillon examine le rôle de ces deux propriétés, puis il passe en revue l'influence des mouvements communiqués à l'utérus par la respiration, par la parole, la toux, l'acte de pousser dans l'excrétion de l'urine, etc. L'enregistrement des contractions a permis d'élucider un point que l'observation clinique avait depuis longtemps révélé aux praticiens, à savoir, que la douleur est moitié moins longue que la contraction. Elle commence lorsque le muscle produit une pression déjà notable (12 millimètres 25 de mercure) ; elle augmente à mesure que la pression s'accroît, et elle disparaît lorsque la pression décroissante est arrivée un peu au-dessus du point où elle a commencé (10 millim. 45 de mercure). En se plaçant au point de vue du travail mécanique, M. Polaillon estime que l'utérus produit à chaque contraction un travail de près de 9 kilogrammètres ; seulement, au lieu d'effectuer ce travail en une seconde, il y emploie trente-huit secondes.

L'augmentation de température dans l'utérus en travail a été démontrée par les expériences de M. le professeur Peter. En somme, l'utérus subit les lois qui régissent la physiologie de tous les muscles. A ce titre il doit produire de l'électricité. Mais ce dernier phénomène fera l'objet de recherches ultérieures.

France médicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 février 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

RAPPORTS.

Fistule uretéro-vaginale.

M. Duplay. Une jeune femme de trente-quatre ans, ayant eu un premier accouchement simple, devint peu de temps après de nouveau enceinte, et cette fois l'accouchement fut difficile et nécessita l'emploi du forceps ; les suites des couches furent assez graves ; on dut, pendant plusieurs jours, recourir au cathétérisme. Lorsque tout fut rentré dans l'ordre, on s'aperçut que cette femme perdait ses urines.

En l'examinant avec le spéculum de Sims, M. Duplay reconnut sur le côté gauche du vagin, en un point très-rapproché du col de l'utérus, l'existence d'une ouverture allongée, enfoncée, par laquelle l'urine s'écoulait; il en pratiqua le cathétérisme et, non sans quelques difficultés, pénétra dans la vessie. Séance tenante, il fit une injection de lait dans l'intérieur de la vessie, et cela ressortit par la fistule. En présence de ces signes, il porta le diagnostic de fistule vésico-vaginale à trajet étroit et permettant encore à la malade de conserver une partie de son urine dans la vessie. M. Duplay fit la cautérisation du trajet avec le thermo-cautère et attendit la chute de l'eschare avec l'intention de tenter la réunion secondaire ; mais il dut faire une nouvelle cautérisation plus profonde avec le galvano-cautère, et quelques jours après l'eschare tomba ; il pratiqua trois points de suture métallique. Il plaça une sonde à demeure et soumit la malade au traitement consécutif habituel. Le second jour, le fil supérieur ayant manqué, elle perdit de nouveau son urine. Plusieurs jours après, elle fut prise d'accidents inexpliqués, et, dix

jours après l'opération, elle succomba en présentant tous les signes d'une péritonite purulente.

A l'autopsie, on trouva, en effet, une péritonite purulente, mais sans qu'il fût possible de constater aucune voie de propagation entre elle et la partie opérée. Il s'agissait donc d'une péritonite par septicémie. On trouva d'ailleurs des altérations viscérales graves telles qu'un état graisseux du foie avec des foyers hémorrhagiques, les reins atrophiés, granuleux et graisseux, les poumons congestionnés, et enfin un épanchement séro-purulent dans le péricarde. Voici quel était l'état des organes génito-urinaires : dans l'intérieur de la vessie, aucune trace d'ouverture anomale. M. Duplay soupçonna dès lors une lésion de l'uretère, et découvrit, en effet, une ouverture anomale de l'uretère dans le vagin. Il s'agissait donc d'une fistule uretéro-vaginale venant s'ouvrir dans le vagin, au niveau du point où l'uretère aboutit normalement dans la vessie. Il était bien difficile d'éviter l'erreur où est tombé M. Duplay.

M. Verneuil demande si le rein du côté de la fistule était plus malade que l'autre, et s'il y avait eu de l'albuminurie.

M. Duplay répond que les deux reins étaient également affectés ; quant à la présence de l'albumine dans les urines, elle n'a pas été recherchée pendant la vie.

M. Verneuil : Au point de vue de la cause de la mort, les lésions rénales ont une très-grande importance. Elles entraînent une effrayante mortalité chez les malades atteintes de fistules vésico-vaginales. Elles suffisent ici pour expliquer la mort, et la péritonite n'a joué qu'un rôle secondaire, comme la pleurésie et la péricardite. Malheureusement il est extrêmement difficile de constater à l'avance ces lésions rénales dans le cas de fistules vésico-vaginales.

Quant au procédé opératoire auquel a eu jadis recours M. Duplay, M. Verneuil est heureux de voir ses collègues revenir à la réunion immédiate secondaire dans les opérations de fistules vésico-vaginales ; c'est là une excellente méthode qui a été mise en honneur par les chirurgiens belges et italiens.

M. Trélat fait observer que c'est à Lallemand qu'il faut faire remonter l'origine de la réunion immédiate secondaire dans les fistules vésico-vaginales, et que les chirurgiens belges et italiens ne sont venus qu'après lui.

Séance du 11 février 1880.

PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

COMMUNICATION.

Opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal, pense qu'il ne sera pas sans intérêt de donner quelques renseignements complémentaires sur la cure des fistules vésico-vaginales par la suture métallique et la réunion immédiate secondaire. Ces renseignements sont basés sur les résultats de sa pratique depuis trois ans qu'il a abandonné le procédé américain, c'est-à-dire l'avivement par l'instrument tranchant, pour le procédé de la cautérisation et de la suture métallique.

Les anciennes sutures et les anciens instruments unissants ne sont plus, de l'avis de M. Verneuil, à la hauteur de la science ; il a autrefois essayé ces instruments ; comme sur vingt fistules vésico-vaginales, il n'y en a pas deux qui soient identiques, il en résulte qu'il faudrait autant d'instruments unissants différents. Au contraire, avec les aiguilles de Sims et le chasse-fil, qui est aujourd'hui dans les mains de tous les chirurgiens, on peut entreprendre la cure de toutes ces diverses variétés de fistules. Quels sont donc les avantages des caustiques sur l'instrument tranchant ? Après la méthode américaine, il semblait n'y avoir plus de progrès à réaliser dans la cure des fistules vésico-vaginales ; il est incontestable que cette méthode constituait un réel progrès. Alors qu'autrefois, sur dix opérations de fistule une seule, à peine, était suivie de succès, le jour où la méthode américaine est entrée dans la pratique courante, on put renverser la proposition, et dire que, sur dix opérations, une seule échouait. Cependant, il faut bien le reconnaître, le traitement de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine n'est pas sans offrir parfois de réelles difficultés et souvent même des dangers. M. Verneuil, ayant été l'élève de Bosman et ayant pratiqué environ cent opérations de fistule vésico-vaginale, croit pouvoir parler de cette opération en parfaite connais-

sance de cause. Il n'a en vue que les fistules vésico-vagino-utérines ou les fistules transversales s'étendant un peu loin sur les côtés du vagin; eh bien! dans ces cas, l'avivement est un moyen difficile et parfois même dangereux : en effet, M. Horteloup communiquait, il y a quelque temps, une observation dans laquelle il survint, pendant l'avivement, une hémorrhagie des plus graves ; dans un autre cas, M. Verneuil lui-même eut une hémorrhagie tellement abondante qu'il dut abandonner l'opération et que la malade succomba. Douze fois au moins, il a été très-gêné par l'hémorrhagie pendant l'avivement avec l'instrument tranchant, et dans un certain nombre de cas, cette hémorrhagie eut pour résultat d'anémier fortement les malades.

En outre, il est une remarque qu'ont certainement faite tous les chirurgiens : c'est que, étant donné une ouverture d'un centimètre environ, si l'on avive de chaque côté d'un centimètre, au lieu d'une plaie de 3 centimètres, on en a une de 4 et 6 centimètres, de telle sorte qu'au lieu de quatre à cinq points de suture, il en faut huit ou neuf. S'agit-il de fistules transversales et s'étendant assez loin sur les côtés du vagin, l'avivement devient alors très-difficile et le passage des sutures extrêmement laborieux.

En résumé l'avivement par l'instrument tranchant présente ces trois inconvénients : 1° de donner lieu à des hémorrhagies; 2° d'agrandir le champ opératoire et, par conséquent, de nécessiter un plus grand nombre de sutures ; 3° enfin d'être extrêmement laborieux dans les cas de fistules transversales, s'étendant un peu loin sur les côtés du vagin. Le premier de ces trois inconvénients, l'hémorrhagie, tout le monde en connaît l'importance. Le second, l'agrandissement du champ opératoire, mérite d'être pris en sérieuse considération ; en effet, il faut compter dix minutes en moyenne par point de suture ; or, si l'on est obligé de placer dix fils au lieu de cinq, on voit la différence que cela fait pour la durée totale de l'opération. C'est dans le but d'éviter ces inconvénients que M. Verneuil a adopté la méthode qu'il appellerait volontiers italiano-belge, cette méthode ayant été remise en honneur et perfectionnée par des chirurgiens italiens et des chirurgiens belges.

M. Verneuil reçoit un jour dans son service une jeune malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale, qui avait été opérée deux fois sans succès par M. Delens, suivant la méthode américaine, M. Verneuil pensa alors à la cautérisation; il eut recours au thermo-cautère, et la malade guérit cette fois sans même qu'il fût nécessaire de faire la

suture. Peu de temps après, il opéra de la même façon une malade affectée d'impaludisme et chez laquelle il aurait craint les conséquences d'une hémorrhagie; il la cautérisa, fit quelques points de suture, et elle guérit également très-bien. Depuis il eut recours presque toujours à cette méthode, en employant tantôt le thermo-cautère, tantôt les caustiques. Il préfère même aujourd'hui ces derniers, le thermo-cautère laissant parfois une eschare un peu longue à tomber. Après l'avivement par les caustiques, il ne faut pas procéder trop vite à la suture; il faut attendre le moment où les granulations présentent le plus de tendance à la réunion. C'est environ trois semaines après la cautérisation. Il n'y a pas à se préoccuper de la formation d'épiderme, car il est toujours facile avec l'ongle seul ou un grattoir de faire ce qu'on a appelé la rugination de la fistule. On n'est nullement gêné par le sang quand on fait la suture. Quatre à cinq minutes suffisent par point de suture.

Cette méthode, selon M. Verneuil, constitue donc un progrès réel, en ce sens qu'il n'y a ni fièvre, ni sang, ni douleur, et qu'elle est infiniment plus simple dans son application. Il cite en terminant, l'observation d'une dame qui avait été opérée trois fois sans succès par la méthode américaine et qui a été guérie en quelques jours par l'application d'un caustique et la suture métallique.

M. Périer a employé le procédé préconisé par M. Verneuil dans un cas de fistule recto-vaginale; il n'a eu qu'un résultat incomplet, mais assez satisfaisant cependant, en ce sens qu'il a obtenu la réunion dans une grande étendue.

M. Anger a eu recours au même procédé dans un cas de fistule vésico-vaginale qu'il avait déjà opérée; la réunion avait été obtenue, sauf en un point où un fil avait cédé. Il restait un petit pertuis que M. Anger chercha à combler à l'aide de la cautérisation avec le thermo-cautère; il obtint un fâcheux résultat; la fistule s'agrandit au point qu'on pouvait facilement y passer une sonde cannelée. Il chercha la réunion secondaire, en plaçant deux fils métalliques; il échoua, et la fistule s'agrandit de nouveau. Il fit alors une nouvelle opération par la méthode américaine qui, cette fois, a pleinement réussi.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 11 décembre 1879.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR PETER.

DES LAVAGES UTÉRINS DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.

Par M. FERDINAND LALESQUE, interne des hôpitaux.

Communication.

La méthode antiseptique, en pleine possession du domaine chirurgical, tend aussi à pénétrer en obstétrique ; tendance d'ailleurs bien légitime aujourd'hui, que, sans trop forcer l'analogie, on peut considérer la nouvelle accouchée comme une blessée. Béhier faisait cette assimilation lorsque, dans les cliniques de la Pitié (1864), il disait : « La femme en couches est une grande blessée, les accidents qu'elle subit prennent leur source dans la plaie utérine. » Les altérations survenues au niveau de cette plaie peuvent donc, dans certaines conditions déterminées, devenir le point de départ, l'origine des accidents infectieux graves. Les altérations des lochies pourront être dans nombre de cas le résultat de la fièvre puerpérale, mais par contre deviendront d'autres fois la cause efficiente, réelle, de l'infection puerpérale. C'est surtout dans cette dernière forme de puerpérisme infectieux que sont mis en usage les lavages utérins antiseptiques.

La méthode des lavages utérins, assez régulièrement employée avec succès à l'étranger, semble mal s'acclimater en France. Les accoucheurs de Paris ne la mettent pas en usage, c'est du moins ce que rapporte dans sa thèse inaugurale, sur les lavages intra-utérins antiseptiques, le Dr Joanny Rendu. C'est là ce qui nous engage à publier les deux observations suivantes : la première prise à Lourcine dans le service de M. Nicaise ; la seconde recueillie à la Charité

dans le service de M. Bourdon. Dans les deux cas nous fîmes des lavages intra-utérins antiseptiques ; dans les deux cas la guérison s'ensuivit. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux publiés par M. Siredey dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Obs. I. — *Accouchement à terme. Application de forceps. Hémorrhagies avant et après la délivrance. Infection puerpérale. Lavages utérins. Guérison.* — Rosalie R..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital, le 9 juin 1879, à dix heures du matin, pour faire ses couches. Quoique non syphilitique, elle est dirigée sur Lourcine par une sage-femme qui, à un examen sans nul doute superficiel, prit pour des plaques muqueuses vulvaires les végétations simples, confluentes, que cette femme portait sur les grandes lèvres. Ces végétations recouvrent non-seulement les grandes lèvres, mais aussi tout le pourtour de l'anus ; leur début remonte à six semaines. Ce sont bien là les végétations simples de la grossesse. Elles ne forment pas une masse continue, sont disposées par îlots de volume variable, contigus, framboisés, reposant sur les téguments par un pédicule extrêmement court et large.

Cette femme est primipare, à terme, la dernière époque menstruelle remontant aux premiers jours de septembre. A part quelques vomissements survenus au début, la grossesse a été bien supportée.

Le travail a débuté vers deux heures du matin. Au moment de l'entrée de la femme, on diagnostique une présentation du sommet fléchi, en position OIGA. Par le toucher vaginal on constate que le col de l'utérus est entièrement effacé, entr'ouvert ; on sent bien la tête qui est engagée, immobile.

Les douleurs du début avaient été plus violentes, plus rapprochées que normalement. Aussi le travail, après avoir marché régulièrement jusqu'à trois heures de l'après-midi, prit, à partir de ce moment-là, une allure anormale. A six heures du soir une intervention est nécessaire. En effet, les contractions utérines sont allées s'affaiblissant peu à peu, s'espaçant de plus en plus. L'utérus ne se contracte plus : au moment des douleurs il ne se durcit plus sous la main, seuls les muscles abdominaux, sollicités par la volonté de la parturiente, se contractent. La poche des eaux est rompue depuis près de deux heures, la tête ayant à peu près achevé sa rotation n'a pas progressé depuis trois quarts d'heure, il s'écoule par la vulve un liquide jaunâtre, teinté par le méconium : tous phénomènes qui commandaient impérieusement une intervention.

J'applique le forceps Tarnier, la malade ayant été au préalable soumise aux inhalations de chloroforme. L'opération ne présente aucune difficulté, et l'enfant vient vivant. L'intervention a duré un quart d'heure ; elle aurait pu avoir une durée beaucoup moindre si la présence des végétations confluentes et le désir de ne pas léser le périnée ne m'avaient imposé la plus grande prudence et une lenteur excessive.

Presque aussitôt après la sortie de l'enfant, il se produit une hémorrhagie

abondante qui nous donne à penser que nous nous trouvons en présence d'un décollement partiel du placenta. Aussi après avoir enduit la main et l'avant-bras d'huile phéniquée, je l'introduis dans la cavité utérine. J'arrive sans difficulté jusqu'au fond de l'utérus et constate que le placenta est adhérent dans toute son étendue, mais que l'organe ne se contracte pas. Aussi pour réveiller la tonicité musculaire des fibres utérines, je laisse la main dans l'intérieur de la matrice, pendant qu'un de mes collègues comprime l'aorte. Après deux minutes environ, surviennent les premières contractions. La main est retirée de l'utérus, et l'hémorrhagie s'arrêtant on cesse peu à peu la compression. L'accouchée est réveillée : elle est pâle et très-abattue.

Vingt minutes après l'accouchement le placenta est décollé, et la délivrance naturelle se fait sans difficulté. L'œuf est immédiatement suivi d'un volumineux caillot sanguin, auquel succède un jet de sang tel que les pieds de la femme (alors allongée dans le décubitus dorsal) en sont éclaboussés et que le lit est rapidement inondé. L'utérus ne se contracte pas. Cette hémorrhagie prévue d'avance est ralentie, mais non arrêtée, par la compression de l'aorte, et une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergot d'Yvon. Pour s'en rendre entièrement maître, la compression de l'aorte étant continuée, il nous a fallu faire une injection froide d'eau phéniquée au deux-centième dans l'intérieur de l'utérus, et pratiquer le tamponnement vaginal à l'aide de petites éponges fines trempées dans la même solution phéniquée.

La malade est pâle, faible, couverte de sueurs. Elle a eu une syncope. Son pouls est petit, fréquent.

Les 10 et 11 juin, la malade a une fièvre assez vive. Le ventre est douloureux, surtout vers l'ombilic, il y a un léger ballonnement. Mais pas de nausées, pas de vomissements. Écoulement lochial normal. Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Montée du lait à la fin du second jour.

Le 12, au matin, la fièvre s'est un peu calmée. Le ventre moins douloureux n'est plus ballonné, l'état général est meilleur. Toutefois l'écoulement lochial ne se fait presque plus.

A midi survient un violent frisson qui dure environ un quart d'heure. La fièvre se rallume ; les sueurs sont abondantes, la langue sèche, la soif vive. Le facies prend une teinte terreuse, il se grippe. Dans la soirée, la malade a deux selles diarrhéiques, noirâtres, fétides. La respiration est courte, fréquente, les ailes du nez dilatées. Dans la nuit subdélirium. Arrêt des lochies.

Le 13, l'état général est grave. La fièvre est vive ; le pouls bat 120 pulsations à la minute ; la peau est sèche ; la face terreuse, grippée, les yeux excavés. La gêne respiratoire, moindre que la veille au soir, est encore notable. Pas d'expectoration. A l'auscultation râles de bronchite. Pas de troubles abdominaux, sauf que la diarrhée persiste. M. Nicaise fait dans l'intérieur de l'utérus un lavage avec une solution d'acide phénique au deux-centième. L'eau qui en sort entraîne des caillots sanguins de volume variable, et des détritus noirâtres, altérés, fétides.

Le soir, l'état ne s'est pas amélioré. Je pratique un nouveau lavage. La malade a, dans l'espace d'une demi-heure, trois syncopes successives. Il y a relâchement du sphincter. Nuit sans sommeil.

Le 14. Phénomènes généraux moins accusés. Le facies est moins altéré, la dyspnée moins intense, l'état typhoïde moins prononcé. Le soir survient un nouveau frisson, plus violent que celui qui était apparu le troisième jour après l'accouchement. Il dure une demi-heure et s'accompagne de claquements de dents, d'une dyspnée intense.

Ces accidents ne se sont pas reproduits. A partir de ce moment, l'amélioration alla chaque jour s'accentuant. Les lavages intra-utérins, pratiqués à l'aide de la sonde à double courant, furent régulièrement employés jusqu'au 20 juin, bien que tout mouvement fébrile ait cessé depuis trois jours comme l'indique la courbe thermométrique ci-après.

Ces injections anti-septiques ont été faites pendant sept jours ; au début trois fois, puis ensuite deux fois par jour. A ce traitement local on avait associé les toniques et le sulfate de quinine.

Dans le cours de la maladie, l'albumine, recherchée dans les urines à plusieurs reprises, n'a pas été trouvée. La sécrétion lactée s'est faite normalement, n'a subi en rien les atteintes de la maladie générale, et l'enfant nourri au sein a vécu.

La convalescence de la malade a été longue. Elle a eu consécutivement à ses couches un phlegmon du ligament large, puis plus tard une amygdalite à forme ulcéreuse. Quoi qu'il en soit, la guérison a été absolue, complète. La mère et l'enfant ont pu quitter Lourcine en état de parfaite santé.

Réflexions. — Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire de notre malade, on peut voir que tous les accidents se doivent rattacher à la même cause : l'*inertie utérine*. L'inertie utérine n'a pas permis que l'accouchement se fasse par les seules forces de la nature, et a nécessité notre intervention. L'hémorrhagie avant et après la délivrance reconnaît la même cause. C'est encore par le défaut des contractions utérines que l'écoulement s'est arrêté (en partie du moins), que le suintement de la plaie placentaire, les caillots sanguins se sont accumulés dans la matrice, s'y sont décomposés et sont devenus la source des accidents infectieux observés chez notre malade. Aussi devait-on attendre les meilleurs résultats d'une méthode qui désinfecterait et débarrasserait la cavité utérine de ces caillots putréfiés. Les événements l'ont démontré !

Obs. II. — *Avortement gémellaire de cinq mois. Rétention placentaire. Lochies fétides. Lavages utérins phéniqués. Guérison.* — Berthe M.., âgée de vingt-sept ans, artiste dramatique, entre à l'hôpital de la Charité, le 20 septembre 1879, dans le service de M. Bourdon. Elle a avorté dans la nuit et est transportée le matin à la salle Saint-Basile, lit n° 14.

Primipare. La grossesse s'est arrêtée au cinquième mois, sans qu'il soit possible de reconnaître sous quelle influence. Son avortement s'est bien passé, nous dit-elle, elle vient à l'hôpital n'ayant pas les moyens de se soigner chez elle. Il n'y a pas d'hémorrhagie, le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné. Pas de fièvre. Le col déchiré assez profondément à gauche est entr'ouvert.

Pendant les trois premiers jours, il ne survient rien d'anormal. L'écoulement lochial se fait bien, sauf cependant un peu d'odeur des lochies. Le quatrième jour, la malade a un léger mouvement de fièvre, et rend un morceau de placenta du volume d'un gros œuf de poule. Ce débris placentaire est noirâtre, altéré, extrêmement fétide. C'est alors seulement que cette femme nous avoue la vérité : son avortement est consécutif à des fatigues excessives de natures diverses, sa grossesse était gémellaire. Le premier placenta a été extrait sans difficulté, mais la sage-femme cassa le cordon du deuxième. Un médecin, appelé en toute hâte, introduit son bras dans l'utérus, et tente, mais sans succès, la délivrance artificielle. Il ne peut ramener que quelques débris placentaires.

Il y avait donc retention placentaire. Aussi, bien convaincu de la présence du second placenta dans l'utérus, en outre, l'écoulement lochial étant devenu très fétide, et craignant de voir survenir des accidents analogues à ceux observés chez la première malade, je n'hésitai pas à pratiquer des lavages intra-utérins, malgré l'absence des phénomènes généraux. Il était fait deux lavages par jour, et chacun ramenait soit des débris placentaires, soit des caillots sanguins altérés. Après quatre jours de ce traitement local, l'eau revenant à peu près claire, l'écoulement n'ayant plus aucune odeur et ayant presque complétement disparu, le col s'étant fermé, on cessa les lavages antiseptiques.

Réflexions. — Quinze jours après son entrée, cette malade sortait complétement guérie. La rétention placentaire se serait-elle passée là sans éveiller aucun accident, comme la chose a été notée nombre de fois, ou bien faut-il attribuer cet heureux résultat à notre intervention par les antiseptiques? Ce dernier fait, moins probant que celui relaté dans l'observation I, nous a paru cependant intéressant.

Réflexions générales. — En outre des objections faites à l'emploi des lavages utérins, on a cité quelques accidents plus ou moins graves, dus à la méthode. Ces accidents, nous ne les avons pas vus se produire. On a dit que l'hémorrhagie pourrait être, et était une conséquence fréquente des lavages utérins. Elle se produirait par le détachement des caillots sous l'injection trop violente du liquide. Le bec de la sonde lui-même produirait ces ravages. Il est facile d'éviter ces deux modes de production de l'hémorrhagie. Notre manuel opératoire a pu nous en mettre à l'abri. La solution d'acide phénique

(1 pour 200), poussée dans l'utérus à l'aide de l'irrigateur Éguisier, l'a toujours été très-lentement, et très-modérément. Nous n'avons pas suivi le procédé du Dr Joanny Rendu : « Dans chaque lavage, dit-il, nous commençions par ouvrir le jet à moitié, et c'est ensuite que nous l'ouvrions, en plein. » Le jet à moitié nous a paru suffisant, l'Éguisier ouvert en entier ayant une force de projection qui pourrait bien à l'occasion détacher un caillot obturateur et déterminer une hémorrhagie.

Quant aux ravages mis sur le compte du bec de la sonde, il faut bien avouer qu'ils doivent inspirer peu de craintes. On n'aura rien à redouter, si on ne se départit pas de la douceur, de la lenteur, qui doivent présider à toute manœuvre, si simple qu'elle paraisse, dans les organes génitaux de la femme.

La péritonite suraiguë, par pénétration dans le péritoine du liquide injecté dans la cavité utérine, est extrêmement rare. Quelques auteurs l'ont niée. Des recherches assez récentes ont démontré que l'ostium utérinum n'est pas si facilement dilatable que le croyaient les anciens, et que pour vaincre sa résistance il faut une surcharge considérable. Cet accident, s'il existe, ne doit donc pas contre-indiquer les lavages antiseptiques dans l'utérus.

Enfin, on a redouté l'entrée de l'air dans les sinus utérins, entraînant soit la syncope, soit la mort. La mort survenant par ce mécanisme n'a été observée qu'une seule fois. C'est le cas de M. Hervieux, dont l'interprétation est d'ailleurs très-discutée et surtout par Kezmarsky.

Nous avons observé, chez notre première malade, trois syncopes successives dans un laps de temps très-court. Nous les attribuons à la fatigue consécutive aux lavages et à l'auscultation assez prolongée qui venaient d'être faits. Nous ne saurions penser un seul instant à l'entrée de l'air dans les veines. Cet accident, s'il existe lui aussi, pourra être évité si, comme nous le faisons, on a soin, avant d'introduire la canule, de bien la purger de l'air qu'elle contient, et d'arrêter l'écoulemeut avant que l'irrigateur soit entièrement vidé.

DISCUSSION.

M. Chantreuil : Je n'ai pas d'expérience personnelle sur les effets des injections intra-utérines pendant les suites de couches, je sais seulement que plusieurs praticiens parmi lesquels je citerai les Drs

Fontaine et Joanny Rendu les ont employées et disent en avoir obtenu de bons résultats. Mais le point délicat me paraît être de bien poser les indications de ces injections intra-utérines. Faut-il y avoir recours toutes les fois qu'on observe la fétidité des lochies? Je ne le crois pas, car le plus souvent les injections vaginales suffisent pour faire disparaître cette fétidité. Faut-il les réserver pour les cas où il existe une rétention de débris placentaires dans la cavité utérine? Là, il me paraît utile de distinguer l'avortement de l'accouchement à terme ou presque à terme. Dans le premier cas, les injections vaginales m'ont toujours suffi et je n'ai jamais observé, du moins jusqu'à présent, de terminaison funeste. Je crois donc inutile de recourir après l'avortement aux injections intra-utérines qui peuvent donner lieu à des accidents.

Je conçois, au contraire, qu'on emploie les injections intra-utérines lorsqu'il y a rétention du placenta après l'accouchement à terme. Les conséquences de cette rétention sont tellement graves qu'on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte des accidents que peuvent entraîner les injections intra-utérines. J'ajouterai que dans ces cas mêmes, quoique, selon moi, elles soient indiquées, elles ne sont pourtant pas indispensables, car j'ai observé récemment dans le service de M. le professeur Depaul une femme qui a guéri après avoir été exposée à tous les dangers d'une rétention complète du placenta à terme, et chez laquelle on n'a fait que des injections vaginales.

C'est à dessein que je cite cet exemple d'une extrême gravité, car si la guérison a pu être obtenue dans ces circonstances avec les injections *vaginales*, on n'est pas autorisé dans les cas moins sérieux à faire usage d'une autre méthode thérapeutique, les injections intra-utérines, injections qui ne sont pas sans danger.

Je demanderai au présentateur de spécifier les cas dans lesquels il préconise cette méthode des injections intra-utérines. S'appliquent-elles aux cas dans lesquels il existe des caillots utérins, condition si fréquente? Ou bien est-ce une méthode de thérapeutique générale s'appliquant à toutes les suites de couches?

M. Lalesque : Je ne suis pas bien édifié sur l'innocuité des injections vaginales, je les crois tout aussi graves que les injections intra-utérines, puisqu'on a cité des cas où elles avaient donné lieu à l'entrée de l'air dans les veines.

Dans quelles conditions ferez-vous usage de ces injections intra-

utérines, me demandez-vous ? Je crois que lorsqu'on sera en présence d'une femme qui a un défaut d'involution utérine, lorsque les caillots ne s'échappent pas, les injections intra-utérines seront suivies d'heureux résultats : car on peut assimiler la muqueuse utérine dans ces conditions à une véritable plaie.

M. Chantreuil : Je crois qu'il faut être sobre des injections intra-utérines et mêmes des injections en général.

M. le professeur Peter : A quelle date les accidents sont-ils survenus dans la première observation ? De quelle nature étaient ces accidents ?

M. Lalesque : Le troisième jour la malade avait des symptômes d'infection générale (sueurs, fièvre, diarrhée, relâchement des sphincters). La température était peu élevée, 39°6 a été le maximum thermique. Les lavages intra-utérins ont été faits après le premier frisson.

M. le professeur Peter : Je m'associe aux objections de M. Chantreuil. Les injections sont indiquées lorsqu'il y a fétidité des lochies, mais non dans les autres cas.

Je demanderai à M. Lalesque à quoi il attribue ces syncopes.

M. Lalesque : Ces syncopes sont survenues à six heures du soir. Je venais de faire un lavage assez prolongé et j'avais injecté deux irrigateurs Éguisier. L'opération avait duré en tout de six à huit minutes, puis j'ai ausculté la malade, et c'est au moment où elle a été replacée dans son lit qu'elle a été prise de syncope.

M. le professeur Peter : Il était bon de préciser ces conditions, car on aurait pu attribuer la syncope à l'injection. La station verticale, la fatigue due à l'auscultation peuvent être pour quelque chose dans ces accidents, mais il faut innocenter les injections. C'est là un sujet d'études très-pratique, et j'engage M. Lalesque à continuer ses observations.

M. Bottentuit : J'ai vu pendant mon internat, en 1868, une malade qui à la suite de couches fut prise de phénomènes de résorption purulente. M. Bourdon lui fit faire des injections intra-utérines et au bout de quelques jours la guérison était complète.

M. le professeur Peter : Je n'ai pas de prétention au titre de grand accoucheur, mais, depuis plusieurs années, j'ai toujours été à la tête d'un service d'accouchement. Dans tous les cas de fétidité lochiale, j'ordonne des injections vaginales : elles m'ont constamment donné de très-bons résultats. Température tiède, extrême douceur dans le jet: telles sont les deux conditions qu'il faut remplir pour obtenir ces heureux effets.

Pendant que j'étais externe à Lourcine dans le service du professeur Gosselin, j'ai eu l'occasion de voir des accidents péritonéaux déterminés par des injections intra-utérines. Depuis ce fait instructif, je fais aussi volontiers les injections intra-vaginales que je redoute les injections intra-utérines. L'utérus doit être respecté chez la femme qui vient d'accoucher, car c'est un blessé ainsi que vous l'avez dit ; permettez-moi d'ajouter, un blessé un peu fatigué.

M. Chantreuil : C'est surtout dans les cas d'inflammation péri-utérine que les injections tant vaginales qu'intra-utérines peuvent être suivies d'accidents péritonéaux.

La séance est levée.

Les Secrétaires des séances :

CUFFER et G. MARCHANT. (*France Médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

ABLATION D'UN OVAIRE SAIN POUR UN CAS D'ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN.

M. Langenbeck l'a pratiquée chez une femme de vingt et un ans et présente la pièce. Menstruation à partir de quatorze ans, très-douloureuse, avec crises épileptiformes ; le sang s'écoule de l'utérus dans la vessie par un canal très-étroit et de là il sort par l'urèthre. Utérus rudimentaire, l'ovaire gauche fait défaut. Opération : incision à droite, de 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, dont elle est distante de 2 centimètres, ligature du pédicule de l'ovaire avec le catgut et suture de la paroi abdominale ; chute de la ligature le quatorzième jour, guérison. Chose curieuse, cinq jours après l'opération, les règles s'établirent, bien qu'il y eut absence congénitale d'un ovaire et ablation de l'autre. M. Langenbeck recommande cette opération dans des cas semblables.

Hueter dit avoir guéri des vomissements menstruels incoërcibles par l'ablation des deux ovaires.

Congrès de Berlin (mai, juin, juillet 1879) (Extrait du *Progrès médical.*) — (*Le mouvement médical.*)

CAS EXTRAORDINAIRE DE DESQUAMATION ÉPIDERMIQUE CHEZ UN FŒTUS.

M. Charrier a communiqué ce cas vraiment curieux, et peut-être unique dans la science, de desquamation épidermique, sans que cette desquamation puisse être rapportée à aucune maladie de la mère ou de l'enfant. « Aussitôt après la naissance, dit M. Charrier, tout l'épiderme du corps s'en alla à la moindre friction, et se soulevait comme chez un fœtus macéré dont la mort remonte à six ou huit jours. L'épiderme du pied se détacha absolument comme un gant. Le lendemain, l'épiderme était entièrement tombé, excepté à deux ou trois petites places sur la jambe gauche, le dos et le bras droit. L'enfant avait alors la coloration normale, la chaleur habituelle ; il tétait avec force, et, depuis, sa santé ne s'est pas démentie un seul instant. J'avoue que jamais je n'ai vu un cas semblable. »

(*Paris médical.*)

VAGINISME. — POMMADE A L'IODOFORME ET A LA BELLADONE.

M. Gallard, dans les *Annales de gynécologie*, conseille la dilatation progressive du vagin par des mèches graduellement croissantes. Selon les circonstances, il enduit les mèches de pommades différentes. Les topiques dont il se sert auraient, selon lui, des propriétés propres à être de puissants adjuvants dans la cure du vaginisme. Lorsqu'il y a rougeurs ou excoriations de la muqueuse, M. Gallard ordonne l'iodoforme et formule la pommade suivante :

Poudre d'iodoforme . . . . }	ãã 2 gr.
Beurre de cacao. . . . . }	
Axonge récente.	15 gr.

S'il n'y a que de la douleur sans aucune altération apparente de la muqueuse, il prescrit :

Extrait de belladone.	2 gr.
Axonge récente	15 gr.

Dans ce cas, comme dans l'autre, on peut commencer par faire les mèches peu volumineuses, et, afin de ne pas effrayer la malade, M. Gallard la charge de les confectionner elle-même en lui recommandant de compter les brins de fil qui entrent dans sa composition. Puis elle l'enduit de la pommade voulue. On peut, si on se sert d'abord de la pommade à l'iodoforme, au bout de quelques jours, la remplacer par la pommade belladonée lorsque les rougeurs et les excoriations, ou les éruptions de la région vulvaire auront disparu. Seulement, dans un cas comme dans l'autre, on aura soin d'augmenter chaque jour d'une quantité imperceptible, mais déterminée à l'avance, le nombre des fils employés, dix, douze ou quinze par exemple. On arrive ainsi fatalement, au bout d'un temps qui n'est pas très-long, à l'usage habituel d'une mèche d'un volume assez important pour permettre ensuite l'introduction du membre viril.

Pour obtenir ce résultat, l'action de la substance narcotique et de la dilatation progressive s'entr'aident certainement.

(*Mouvement médical.*)

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN CHEZ UNE FEMME ARRIVÉE A LA FIN DE LA GROSSESSE. — HERNIE DE L'INTESTIN ET DE L'UTÉRUS GRAVIDE. — OPÉRATION CÉSARIENNE. — RÉDUCTION DES ORGANES SORTIS. — MORT DE LA MÈRE. — ENFANT VIVANT (*Khandrikow*).

L'auteur fait remarquer que l'observation qui va suivre est intéressante, non-seulement à cause de la rareté du fait qu'elle relate, mais encore parce qu'elle montre qu'un traumatisme épouvantable n'a exercé pendant vingt-six heures qu'une influence relativement faible sur les facultés psychiques de la malade et que l'enfant dont elle était alors enceinte a survécu.

La nommée Nastasia E... entre à l'hôpital le 16 février 1877 pour une plaie très-large et à bords déchiquetés de la région hypogas-

trique. C'est une paysanne âgée de vingt-cinq ans et arrivée à une époque avancée de la grossesse.

Voici, d'après les parents de cette malade, comment s'est produit l'accident : Le jour même de son entrée, à huit heures du matin, elle est tombée de la hauteur d'un étage par une ouverture du plancher servant de porte et fermée par une plaque de tôle. Cette plaque a glissé sous le poids de la malade et est tombée en même temps qu'elle, de sorte qu'à la fin de sa chute elle avait une direction verticale. Le ventre a porté sur un des angles et il s'est fait une plaie intéressant la paroi dans toute son épaisseur, d'une crête iliaque à l'autre. Presque aussitôt l'utérus gravide et les circonvolutions intestinales sont venues faire saillie au dehors. Trois médecins, dont un accoucheur, appelés peu après, n'ont pas cru devoir intervenir chirurgicalement, et ils ont conseillé à la malade d'entrer à l'hôpital.

Khandrikow, appelé presque aussitôt, trouva la malade couchée sur un matelas (celui-là même qui avait servi à la transporter) ; elle était dans le décubitus latéral gauche, face pâle, voix faible, connaissance parfaite, pouls plein. L'utérus et l'intestin herniés étaient saillants en avant de la plaie et reposaient sur le matelas. Selon son dire, les mouvements fœtaux seraient devenus imperceptibles trois heures avant son arrivée à l'hôpital. Les battements du cœur fœtal sont imperceptibles. Le plus léger contact à la surface des organes herniés détermine des douleurs extrêmement violentes. Il paraît impossible de remplir la première indication sans chloroformiser la malade, c'est-à-dire de la placer dans le décubitus dorsal, de faire rentrer ce qui est sorti et de s'assurer de l'étendue de la lésion. On fait donc l'anesthésie, puis on dispose convenablement la malade et on réduit l'utérus et la portion d'intestin sortie. On voit alors que la plaie intéresse la paroi abdominale dans toute son épaisseur ; qu'elle part de la crête iliaque droite du côté droit, intéresse toute la région correspondante, descend vers le pubis et remonte jusqu'à la crête iliaque du côté opposé. Le lambeau supérieur comprenant toute l'épaisseur de la paroi s'est rétracté et a glissé sur le fond de l'utérus en haut, et il semble impossible de l'attirer suffisamment en avant pour qu'il puisse recouvrir les organes précédents. Dans ces conditions une nouvelle indication se présente : évacuer immédiatement le contenu de la matrice. Comme il ne reste que peu d'espoir de sauver la malade et que l'on est arrivé au dernier mois de la grossesse, on réussira peut-être, en agissant ainsi, à sauver l'enfant ; toutefois, comme

depuis plus de trois heures la mère a cessé de sentir ses mouvements, comme il est impossible d'entendre les battements du cœur, il ne faut pas trop espérer de le retirer vivant. Dans tous les cas, l'hystérotomie paraît répondre à l'indication urgente. On fait sur la face antérieure de l'utérus une incision verticale longue de 2 verckov 1/2 (11 centimètres) ; le fœtus extrait immédiatement est en état d'asphyxie avancée ; on réussit à rétablir assez vite la respiration en ayant recours aux moyens usités en pareil cas. Le placenta fut extrait par la plaie. Sous l'influence du froid et de la pression, la rétraction de l'utérus fut complète au bout de dix minutes. L'hémorrhagie consécutive à la délivrance fut arrêtée par les mêmes moyens. La plaie de l'utérus saigna un peu plus longtemps, bien qu'elle eût été réunie au moyen du *catgut*. Après la rétraction de l'utérus et la réduction des anses intestinales, l'affrontement des bords de la plaie des parois devint possible. On les rapprocha par quelques points de suture superficiels et profonds. La malade fut placée dans le décubitus dorsal, les jambes rapprochées. On mit un bandage de corps et deux vessies de glace au-dessus. Pendant la nuit, elle vomit deux fois et se plaignit de vives douleurs abdominales, bien qu'elle eût pris trois quarts de grain de morphine.

Le 17, à neuf heures et demie du matin, pouls radial insensible, respiration difficile et superficielle, téguments ternes, connaissance parfaite, parle avec difficulté. La mort survient quelques heures plus tard. Enfant vivant.

(*Annales de la Société de chirurgie de Moscou*, t. II, p. 48-49. — *Gazette des Hôpitaux*.)

DE LA CONDUITE QUE DOIT TENIR L'ACCOUCHEUR DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE.

Dans une série de lectures sur les maladies des femmes, M. Thomas donne les résultats qu'il a obtenus sur une série de vingt-cinq présentations du siège. Bien que plusieurs se soient montrées chez des primipares, il n'a perdu aucun enfant, et il attribue cette heureuse statistique à la manœuvre qu'il préconise. Le principe est celui-ci : la délivrance doit s'effectuer par une force venant d'en haut, jamais

par les tractions sur les membres inférieurs. Dès que les pieds sont dehors, on les fait simplement soutenir par des aides. Quand le siège bombe au périnée, on fait immédiatement une forte injection hypodermique d'ergotine. Quelques instants après, le bassin se dégage, dès que le cordon se montre on le soutient avec la main, et au même moment, on fait faire par un aide une forte pression sur la tête à travers la paroi abdominale, en même temps on engage la malade à pousser de toutes ses forces. La délivrance se fait très-vite ; au bout de quelques secondes on peut mettre les doigts dans la bouche et dégager la tête.

(*Med. and chirurg. Reporter. — Paris médical.*)

LES DÉVIATIONS MENSTRUELLES.

Voici les conclusions d'un mémoire de M. Rouvier sur cette question :

1° Les déviations menstruelles peuvent survenir chez toutes les femmes ; 2° la déviation se rattache toujours à une cause que l'on doit rechercher : son pronostic est variable suivant son origine ; 3° quand il y a atrésie des organes génitaux ou arrêt de développement de l'utérus, la déviation pourra se faire par un organe quelconque ; 4° en dehors de ces cas, la déviation aura pour sièges principaux : un organe malade, un organe guéri depuis peu d'une maladie, un organe qui est le siège d'un travail physiologique intense, mais non permanent ; 5° chez les personnes hystériques et d'une sensibilité nerveuse exagérée, la déviation n'aura pas de lieu d'élection particulier ; 6° quand la déviation se fera sans raison apparente par le poumon, le sein ou l'estomac, on devra redouter une affection diathésique ; 7° la déviation doit être, en général, considérée comme un état morbide et nécessite l'intervention médicale et un traitement local ou général.

(*Marseille méd. — Gazette des Hôpitaux.*)

INJECTION CONTRE LA MÉTRORRHAGIE. — DUPIERRIS.

Teinture d'iode	15 grammes.
Iodure de potassium	50 centigrammes
Eau distillée.	30 grammes.

Faites dissoudre. — Dans les cas de métrorrhagie se produisant immédiatement après l'accouchement, par suite d'une inertie complète de l'utérus, si on n'a pas réussi à ramener des contractions, soit au moyen du seigle ergoté, soit au moyen de la glace appliquée sur l'hypogastre ou introduite dans le rectum, dans le vagin ou l'utérus ; si on a échoué avec les injections d'eau chaude ou avec le tamponnement, on peut encore tenter de sauver la malade par l'application directe des styptiques sur la surface saignante. C'est dans ce cas que l'auteur fait usage de l'injection iodée, qu'il administre avec une seringue spéciale terminée par une canule de 16 centimètres, à bout olivaire, percé de trous, ou avec une seringue ordinaire et une sonde élastique de 4 ou 5 millimètres de diamètre. Le liquide, poussé avec force, reflue immédiatement ; car il provoque aussitôt la contraction de l'utérus. Une seule injection suffit pour faire cesser l'inertie et l'hémorrhagie. N. G.

(*Union médicale.*)

TRAITEMENT LOCAL DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE. — JONES.

Dans le cas de vomissements rebelles des femmes enceintes, l'auteur recommande de cautériser le col utérin avec le crayon de nitrate d'argent, et il affirme que la malade éprouve une prompte amélioration. Une ou deux applications de nitrate d'argent, faites convenablement, sont suffisantes. — Le Dr Marion Sims approuve ce traitement, dont il a reconnu dans un cas l'effet favorable. N. G.

(*Union médicale.*)

ANOMALIE TRÈS-RARE DANS LA CONFORMATION DE LA MATRICE.

M. le Dr Camille Meunier-Quéaux (de Reims) signale dans sa thèse inaugurale (Paris, 1879) un fait nouveau et inconnu jusqu'à présent, tant au point de vue bibliographique que comme disposition anatomique. Il s'agit d'un utérus *duplex, semipartitus, globularis, bicollis* La malade a été observée dans le service de M. Martineau, à Lourcine. On a constaté chez elle l'existence d'une matrice double, dont les cavités, indépendantes dans leur portion antérieure, communiquent par leur fond qui est unique. Il y avait en effet deux orifices du col, l'un présentant l'aspect d'un col utérin après trois accouchements, l'autre ayant l'aspect d'un col nullipare. En introduisant une sonde métallique dans chaque orifice, on s'apercevait que le cathéter jouait facilement dans la cavité gauche, tandis qu'il était très-serré dans la cavité droite. On constata par un bruit sec que les extrémités des cathéters se touchaient dans le fond de l'utérus, tandis qu'ils étaient séparés l'un de l'autre dans la partie la plus rapprochée du col.

Dans ce cas, le cloisonnement intérieur, médian et longitudinal de la matrice, est incomplet, tandis que la forme et l'extérieur de l'utérus semblent normaux. Ce qui fait l'intérêt et la singularité du cas que nous rapportons, c'est que les deux cols sont plus qu'accolés; ils sont complétement confondus extérieurement, bien que munis chacun d'un orifice externe nettement distinct, et d'un canal cervico-utérin particulier. De plus, et surtout, la cloison incomplète, au lieu d'exister dans le fond de l'utérus et de se prolonger plus ou moins en avant sous forme de languette médiane, d'éperon, de tissu utérin dirigé d'arrière en avant, du corps et du fond vers le col a disparu dans la partie postérieure de la cavité utérine qui est unique et non divisée, et n'a persisté que dans le tiers antérieur environ de cette cavité, dans la portion cervicale et dans celle qui unit le corps et le col de l'utérus.

L'auteur conclut que cette malformation, comme toutes les malformations utérines, est due à l'arrêt de développement, qui empêche la résorption des cloisons qui séparent les organes doubles à l'état rudimentaire. Cette résorption s'opère de bas en haut, ou, autrement dit, d'avant en arrière. Dans le travail de formation, il peut y avoir un

arrêt de développement à n'importe quelle période de ce travail ; et, suivant l'époque de son apparition, cet arrêt donne naissance à une variété spéciale de malformation utérine. L'arrêt de développement qui survient à la fin du troisième mois, mais sans être d'emblée définitif, donne lieu à l'utérus que nous venons de décrire. Cet utérus *duplex*, *semipartitus*, *bicollis*, permet la menstruation, la fécondation, la gestation et la parturition normales. Cette anomalie utérine est d'ailleurs compatible avec la santé, et le diagnostic peut en être fait pendant la vie, comme le prouve l'exemple de la malade qui fait le sujet de cette observation, et qui est sortie guérie de l'hôpital, où elle était entrée pour une métrite.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

CAS DE GROSSESSE AVEC INTÉGRITÉ DE LA MEMBRANE HYMEN.

On ne les compte plus ces cas d' « intégrité de l'hymen ». Mais quand on pense à l'importance qu'on attachait autrefois à cette « intégrité » comme marque de virginité, aux sentences que les tribunaux civils ou ecclésiastiques ont rendues sur ce fondement, on reste stupéfié.

Arrivons à ce fait nouveau : le Dr *da Silva Lima*, dans une communication à la *Gazetta medica di Bahia* (Brésil), nous en fait connaître un cas qui se présente rarement avec cette netteté.

Le 29 mai dernier, une jeune mulâtresse de seize ans, saine et bien constituée, vint le consulter. Elle était envoyée, disait-elle, par sa mère pour certaines « incommodités » qu'elle éprouvait, telles que suspension des règles, accroissement du ventre et vomissements fréquents. Le docteur ne l'eut pas plus tôt examinée qu'il reconnut tous les signes caractéristiques d'une grossesse remontant à cinq mois et demi ou six mois. Après avoir cherché par tous les moyens à amener cette jeune fille à un aveu spontané, voyant qu'elle feignait toujours la plus complète ignorance, il se décida à lui déclarer carrément qu'elle était enceinte. Sans se troubler, elle répondit d'un ton décidé que la chose était impossible et qu'il ne dépendait que de lui de s'assurer qu'elle était *honnête et conservée* (*sic*).

Le Dr da Silva accepta la proposition, et, par l'inspection des

organes génitaux externes, il constata la parfaite intégrité de la membrane hymen, qui constituait une cloison presque circulaire avec un orifice dans lequel on pouvait à peine introduire le bout de l'index. Le bord de cet orifice était mince, lisse, sans aucune trace de rupture ni défaut de symétrie. Il paraissait donc évident qu'il n'y avait jamais eu pénétration d'un corps volumineux ni copulation charnelle complète dans les conditions ordinaires et naturelles.

Le Dr da Silva demanda alors à la jeune fille si, sans s'abandonner tout à fait, elle n'avait pas du moins commis quelques actes libidineux avec un homme. Après avoir hésité quelques instants, elle finit par avouer, en baissant les yeux, qu'en effet cela lui était arrivé, mais rarement et à la dérobée, et que jamais elle n'avait rien permis à son amant qu'à la condition qu'il ne lui *fît pas de mal*, condition qui avait toujours été observée, en sorte qu'elle persistait à affirmer qu'elle n'était pas enceinte.

Elle avoua ensuite que ces pratiques libidineuses avaient toujours eu lieu tous deux étant debout, et à la hâte, pour ne pas être surpris par quelque membre de la famille.

Le mois suivant, la jeune fille dut enfin se rendre à l'évidence ; un mariage régulier légitima le fruit de ces amours clandestines, qu'elle mit heureusement au monde au terme naturel de la grossesse.

(*Gazetta medica di Bahia,* sept. 1879).

(*Mouvement médical.*)

CORPS ÉTRANGERS DU VAGIN : OCCLUSION INTESTINALE, APPLICATION DU FORCEPS.

Il s'agit de deux femmes, âgées l'une de soixante ans et l'autre de quarante-neuf ans, qui s'étaient introduit dans le vagin d'énormes pelotons de fil et de genêt enduits de cire jaune, dans le but de remédier à un prolapsus utérin. Le corps étranger fut supporté chez l'une pendant quinze ans, chez l'autre pendant huit années. Chose étonnante, la présence de ce pessaire n'empêchait pas le coït ni l'écoulement des menstrues. L'une de ces femmes devint enceinte, enleva le corps étranger pendant le travail et le replaça après la déli-

vrance. Toutes deux supportèrent admirablement sa présence pendant des années, jusqu'à l'époque où elles furent prises subitement des symptômes les plus alarmants : douleurs hypogastriques, constipation, météorisme ; vomissements sans état fébrile chez l'une des malades, l'autre étant atteinte déjà d'un érysipèle.

En l'absence de toute hernie dans les anneaux, l'auteur pratiqua le toucher vaginal et constata la présence du peloton de fil. Malgré tous ses efforts, il ne put le faire basculer avec les doigts, à cause de son volume et des adhérences qu'il avait contractées avec la muqueuse, épaissie et ulcérée par places. Il fallut recourir à l'emploi du forceps, afin d'arriver à un degré de dilatation suffisant pour le détacher. Grâce à l'application de cet instrument, M. Baumel retira chez ces deux malades les corps étrangers dans leur intégrité et sans fragmentation. Les accidents d'étranglement disparurent à l'aide de lavements, et l'état général redevint bientôt normal comme auparavant. Seulement le prolapsus utérin se reproduisit immédiatement chez la première, tandis que chez la seconde, dont l'utérus était en rétroflexion, les organes demeurèrent en place.

(*Montpellier méd.* et *Gaz. hebd.*)

LES FEMMES QUI FUMENT.

M. Decaisne a signalé depuis longtemps l'intermittence dans les battements du pouls, par suite de l'usage du tabac à fumer. Sur quatre-vingt-un grands fumeurs, il avait pu constater vingt-et-un cas d'intermittence du pouls, indépendante de lésions du cœur. Cette intermittence disparaissait à la suite de la suppression du tabac. Depuis, ses recherches se sont exercées sur les enfants fumeurs de neuf à quinze ans, et il a vu que les effets incontestables produits chez eux par l'usage du tabac, c'étaient : des palpitations, de l'intermittence du pouls, de la chloro-anémie ; ils deviennent en outre peu intelligents, paresseux et prédisposés à l'usage des boissons alcooliques.

M. Decaisne vient d'apporter à la Société d'hygiène une nouvelle série d'observations qui ont été prises sur des femmes ayant l'habitude de fumer. Depuis 1865, il a pu observer quarante-trois femmes fumeuses : a plupart ont présenté des troubles de la menstruation et de la digestion ; huit avaient une intermittence du pouls très-

marquée, sans aucune lésion du côté du cœur. Il donne l'observation très-détaillée de ces huit femmes, chez lesquelles tout traitement donné en vue de combattre ces intermittences a échoué, tandis que la suppression du tabac a amené constamment une amélioration et très-souvent une disparition complète des accidents signalés.

(*Progrès méd.* et *Gazette des Hôpitaux.*)

A QUEL JOUR L'ACCOUCHÉE DOIT-ELLE QUITTER LE LIT.

La polémique récemment ouverte en Amérique entre Goodell et Garrigues, le premier voulant que les nouvelles accouchées se lèvent dès le second jour, parce que, sur 576 femmes traitées de cette façon il n'en a perdu que 6, le second se déclarant l'adversaire de cette manière de faire, engage Kuestner à livrer à la publicité quelques expériences entreprises dans le même ordre d'idées, il y a deux ans, dans la clinique d'Olshausen, à Halle.

Il a choisi 16 femmes dont l'accouchement avait été aussi normal que possible et qui ne présentaient aucune lésion extérieure. Toutes ont commencé à se lever, selon leur désir, dans l'un des quatre premiers jours des couches; 6 d'entre elles étaient primipares, 7 en étaient à leur deuxième accouchement, 2 à leur troisième et 1 à son quatrième.

L'état sanitaire de l'établissement était excellent et depuis plus d'un an aucune accouchée n'avait succombé à une infection puerpérale.

4 quittèrent leur lit dès le premier jour, 2 le second, 3 le troisième et 7 le quatrième.

Parmi celles qui se levèrent dès le premier jour, aucune ne voulut rester debout plus de quatre heures ; le lendemain elles demeurèrent déjà plus longtemps levées, et dès le quatrième jour elles passèrent toute la journée hors de leur lit.

Lorsqu'une accouchée levée se trouvait prise de fièvre, on la consignait désormais au lit. Ces femmes n'avaient d'ailleurs d'autre occupation que les soins à donner à leurs enfants.

Un premier effet du séjour hors du lit fut la régularisation des

fonctions de l'intestin; la quantité des urines ne parut pas modifiée.

La déperdition de poids, qui suit normalement l'accouchement, ne fut pas plus marquée chez les accouchées levées que chez celles demeurées au lit, bien que le régime alimentaire des unes et des autres fût le même.

Ce fait est d'autant plus surprenant que, chez les premières, l'écoulement lochial était plus abondant.

Outre leur abondance, les lochies des accouchées levées se caractérisaient encore par la prolongation de leur consistance peu épaisse, de leur teinte rosée et de leur nature séreuse.

Aucune des accouchées séjournant hors du lit n'a eu de métrorrhagie; 13 d'entre elles n'ont présenté aucun retard de l'involution utérine et n'ont jamais offert, durant les dix jours d'observation, une température supérieure à 38°, chiffre qui n'a été d'ailleurs atteint que deux fois le soir.

Les trois autres femmes ont été prises de fièvre le jour même où elles ont commencé à se lever : la première était une multipare levée le troisième jour, la deuxième et la troisième s'étaient levées le quatrième jour. Deux de ces fébricitantes avaient une petite déchirure vaginale, qui avait probablement été irritée par le séjour debout et par le contact des lochies. D'autre part, il n'est pas superflu de remarquer que, parmi celles qui n'eurent aucun mouvement fébrile, deux avaient une blessure tout à fait analogue. Chez une seulement des 3 accouchées prises de fièvre, on constata à la sortie de l'hôpital un petit exsudat dans le ligament gauche.

En résumé, bien que le lever précoce des accouchées supprime la constipation, favorise peut être même, au lieu de lui nuire, l'involution utérine, en activant les différentes fonctions, et ne paraisse pouvoir devenir la cause ni de rétroversions ni d'abaissements de l'utérus, comme il provoque, chez certaines femmes, de la fièvre, Knestner conclut qu'il faut s'en tenir aux anciens errements et laisser les accouchées au lit un septénaire.

(*Revue des sciences médicales*, 13 octobre 1879.
Mouvement médical).

GROSSESSE TRIPLE DANS UN UTÉRUS DOUBLE.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, mariée depuis quatorze ans, ayant eu six enfants : accouchements naturels.

L'an dernier, en mai, cette femme qui n'avait pas ses règles depuis février est prise d'une métrorrhagie considérable. Au toucher, le Dr Ross trouve le col mou et entr'ouvert, puis à la gauche de celui-ci une autre ouverture, résultat d'une ulcération encavée, cause de l'hémorrhagie. Des injections astringentes et des toniques ont raison de cette perte de sang.

Le 16 juillet, M. Ross, appelé de nouveau, la trouve en plein travail ; il constate deux poches des eaux qui se rompent successivement : un premier fœtus est expulsé, puis un second ; un placenta donne insertion à deux cordons. Une semaine après, l'accouchée déclare qu'elle a encore un enfant dans la matrice : mouvements fœtaux, bruits du cœur étaient nets ; au toucher, M. Ross sent distinctement deux orifices et pense alors à un utérus double dont les deux cavités auraient été imprégnées en même temps.

Je n'oublie pas de dire que les deux fœtus ci-dessus expulsés n'avaient que six mois et que le troisième, mis au monde le 31 octobre, fut une fille à terme. Ce dernier a vécu et la femme s'est bien remise.

Le 13 décembre, M. Ross, par le toucher, trouve l'utérus dans sa situation normale, — sur le devant du col deux orifices situés obliquement de D. à G., avec la profondeur d'un pouce pour le droit, de la pulpe du doigt pour le gauche, et avec lèvres béantes et molles ; les deux cavités de ces orifices présentent une profondeur de deux pouces et demi pour le premier, deux pouces un quart pour le second, avec un septum séparatif étendu du fond de l'utérus au col.

Mes lecteurs voient l'intérêt de cette communication : production de la menstruation à trois reprises (d'où imprégnation simultanée dans un utérus bilobaire),et indépendance des fibres musculaires des cavités.

(*Mouvement médical.*)

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE PAR LES PULVÉRISATIONS D'ÉTHER.

Le Dr Lubelski, médecin des hospices de Varsovie, a fait connaître un moyen très-simple et d'un emploi très-facile pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse.

Dès la première apparition des vomissements ou même des nausées qui la précèdent habituellement, M. Lubelski prescrit l'emploi d'une douche d'éther pulvérisée, à l'aide de l'appareil de Richardson, à la région épigastrique et à la partie correspondante de la colonne vertébrale. Cette douche doit être prolongée pendant trois à cinq minutes et même plus longtemps si la femme s'en trouve bien; on doit la renouveler toutes les trois heures.

M. Lubelski a aussi employé la pulvérisation de chloroforme qu'il alterne avec celles d'éther.

En général, dans les observations du médecin polonais, le succès a été constant et le soulagement immédiat.

M. Dujardin-Beaumetz a aussi employé ce moyen. Une jeune femme, au deuxième mois de la grossesse, était atteinte de vomissements incoercibles qui ne lui permettaient pas de conserver aucun aliment solide ou liquide. Après avoir essayé sans aucun résultat tous les moyens proposés en pareil cas, M. Dujardin-Beaumetz eut recours au traitement préconisé par M. Lubelski.

Voici comment il procédait : immédiatement après le repas, on faisait pendant cinq minutes, avec l'appareil de Richardson, des pulvérisations d'éther vers le milieu de la région dorsale, et au niveau de l'estomac. Les vomissements cessèrent presque aussitôt. Le traitement fut suspendu au bout de huit jours, les vomissements avaient disparu ponr ne plus reparaître.

A ce propos, on peut faire plusieurs remarques: les vomissements des trois premiers mois de la grossesse cessent parfois brusquement, lorsque l'utérus ayant acquis un développement assez considérable commence à s'élever au-dessus du pubis, et lorsque le ventre prend une dimension plus considérable. Les vomissements peuvent persister ou se reproduire plus tard. C'est surtout alors qu'ils prennent leur caractère de gravité le plus alarmant.

Il n'est pas à dire cependant que les vomissements des trois premiers mois de la grossesse ne doivent pas être traités et qu'il faille attendre leur cessation naturelle. Leur fréquence, parfois extrême, comme dans l'observation de M. Dujardin Beaumetz, est de nature à compromettre gravement la vie de la femme et le développement de l'enfant. On doit donc avoir recours au traitement de M. Lubelski, surtout si on considère sa parfaite innocuité.

On a vanté bien des moyens contre les vomissements de la grossesse, entre autres le chloral. C'est plutôt en lavements que ce médicament doit être administré dans ces cas, car le chloral a une action sur l'estomac et peut provoquer à lui seul les vomissements.

Quant au mode d'action des pulvérisations d'éther, on pourrait invoquer une action réflexe. Contre les vomissements, on a préconisé les vésicatoires sur le creux épigastrique qui a, en effet, des rapports avec l'estomac.

Rappelons que dans un précédent numéro (V. *Concours médical*, n° 3) nous avons fait connaître le mode de traitement du Dr Copeman (Dilatation du col).

(*Concours médical.*)

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT.

Fehling considère comme beaucoup trop expectantes les méthodes de traitement employées jusqu'à ce jour dans l'avortement : il croit qu'elles laissent les malades s'infecter elles-mêmes à loisir. Pour lui, on doit tout faire, même intervenir manuellement pour faciliter l'expulsion de l'œuf tout entier ou de ses débris.

Les tamponnements employés jusqu'ici ne mettent pas toujours à l'abri d'hémorrhagies graves.

Lorsque l'œuf est encore intact, on se contente de tamponner et d'attendre ; mais si son expulsion n'est pas complète au bout de dix-huit ou vingt heures, on l'enlève avec la main. On a soin préalablement de se laver les mains avec une solution phéniquée à 2 p. 0/0 et de faire avec le même liquide de sérieux lavages du vagin.

Quand on est appelé à temps, après la rupture de l'œuf, on introduit l'index dans la cavité utérine, de manière à enlever les débris.

On se sert de la main libre pour abaisser l'utérus. Quand on arrive trop tard et que le doigt ne peut pas dépasser la cavité cervicale, on chloroforme la malade et on enlève les restes avec une curette ou une cuiller de Simon.

Dans les cas les plus défavorables, on met une tige de laminaire avant la chloroformisation. Après l'évacuation du contenu de l'utérus, on fait des lavages avec une solution phéniquée à plus de 2 p. 0/0. La matrice revient d'autant plus vite sur elle-même que son contenu a été plutôt évacué.

(*Archiv of Gynœcologie,* 1879 et *Memorabilie* XXIV, Jahrg. 8 heft., p. 360-361 et *Paris Médical.*)

EMPLOI DE LA PILOCARPINE CONTRE L'ÉCLAMPSIE.

Il paraît établi de nos jours que la cause qui engendre les convulsions de l'éclampsie ou de l'épilepsie tient à un arrêt brusque de la circulation cérébrale. La crampe vaso-motrice, qui se produit alors, détermine une ischémie en quelque sorte instantanée. Cette théorie trouve sa confirmation dans le succès des moyens thérapeutiques qui ont pour but de faire cesser le spasme vasculaire, tels que les saignées, les narcotiques, les drastiques, l'accouchement rapide en amenant la vacuité de l'utérus.

Le Dr Bidder fait remarquer que la pilocarpine, abaissant la tension artérielle, doit servir aux mêmes usages que les agents précédents. A l'appui de cette assertion, il rapporte deux faits, dans lesquels des attaques d'éclampsie, ayant précédé ou suivi l'accouchement, ont cédé à une ou deux injections contenant chacune deux centigrammes de pilocarpine. Cet exemple semble donc avoir été suivi. Cependant, nous devons à la vérité de dire que ce résultat n'est peut-être pas aussi démonstratif qu'il le paraît au premier abord. Dans les deux cas, en effet, le Dr Bidder avait employé en même temps que la pilocarpine, des lavements de chloral hydraté, à la dose de deux ou quatre grammes chacun. Il faut donc de nouveaux faits pour pouvoir prononcer; toutefois les résultats du Dr Bidder doivent engager les praticiens à se mettre à l'œuvre.

(*Revue médico-chirur. de Vienne.*)
(*Paris Médical.*)

DU TRAITEMENT DES CONVULSIONS PUERPÉRALES.

Voici comment le Dr Hubbard formule ce traitement :

1° Phlébotomie de 300 à 400 grammes si la céphalalgie persiste, si la face est congestionnée, si la malade est agitée, si les convulsions sont cloniques, si l'hémorrhagie a été faible au moment de l'accouchement ; 2° infusion de digitale pour tonifier le cœur, modérer l'irritation nerveuse, provoquer de la diurèse (et dans ce but, ajouter du bitartrate de potasse) ; 3° chloroformiser avec modération ; 4° donner préférablement du chloral (75 centigrammes à 1 gramme en lavement), dont l'action paraît plus favorable que celle du chloroforme et semble moins troubler le cerveau ; 5° si la perte de sang a été considérable, si la prostration est grande par suite d'épuisement nerveux, s'adresser aux injections de morphine ; le chloroforme ou le chloral augmenteront l'épuisement nerveux, favorisant un retour de l'hémorrhagie utérine.

(*New-York medical Journal.*)

INHALATIONS DE NITRITE D'AMYLE DANS LES MÉTRORRHAGIES GRAVES.

M. Elias W. Kerr, de Bundoras, en Irlande, est partisan des fomentations chaudes sur la tête, recommandées par Köhler dans les cas de métrorrhagies graves. Il croit qu'elles produisent une dilatation rapide des vaisseaux encéphaliques. Il se demande pourtant si le nitrite d'amyle n'agirait pas plus vite et plus sûrement. Dans un cas où il avait affaire à une hémorrhagie *post partum* très-abondante, il administra cinq minimes (0cc,17) du médicament au moyen de l'inhalateur de Skinner. Immédiatement l'hémorrhagie cessa et la malade qui était profondément affaissée se remonta très-vite. Il n'y a guère que les injections hypodermiques d'éther qui produisent un résultat aussi rapide.

(*Brit. med. Journal*, nov. I, 1879, p. 691.— *Paris Médical.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES HÉMORRHOIDES QUI SE MONTRENT CONSÉCUTIVEMENT A L'ACCOUCHEMENT ET DANS LE COURS DES AFFECTIONS UTÉRINES.

Les hémorrhoïdes apparaissent après l'accouchement chez les femmes arthritiques ou herpétiques qui ont eu à souffrir, pendant la grossesse, de congestion exagérée et de constipation.

Ces hémorrhoïdes se présentent sous la forme d'une ou de plusieurs petites tumeurs étranglées à la marge de l'anus, amenant des crises de douleur qui privent les malades de sommeil et les empêchent de rester couchées sur le dos.

Pour produire une sédation complète en moins de vingt-quatre heures, on doit employer les moyens suivants :

1° Avec une petite seringue en caoutchouc durci dont la canule est terminée par un renflement olivaire on injecte matin et soir dans l'ampoule rectale une dizaine de grammes de la pommade dont voici la formule :

Poudre d'yeux d'écrevisses	1 gramme.
Axonge.	60 —

On introduit la pommade dans la seringue en retirant le piston, puis après l'avoir remis en place, on passe deux ou trois fois la seringue sur la flamme d'une bougie afin de liquéfier la pommade.

2° On administre, en même temps, avant chaque repas, une des pilules suivantes, dont M. Alègre a proposé l'usage en 1858 :

Poudre de capsicum annuum.	5 grammes.
En 20 pilules.	

Ce médicament, qui est essentiellement tonique des vaso-moteurs, fait disparaître la sensation si pénible de tension et supprime l'hémorrhagie hémorrhoïdale. Aussi l'emploie-t-on avec le plus grand succès dans les cas d'hémorrhoïdes internes fluentes et dans les cas d'hémorrhagies intestinales non douloureuses, qu'on observe si souvent, dans le cours des affections utérines (congestion, métrite, péri-métrite, fibroïdes, etc.).

3° Enfin, il importe de réagir sur la moelle lombaire afin d'atténuer l'état congestif de la circulation du petit bassin avec des frictions ou l'application d'une compresse de flanelle imbibée du mélange suivant :

Chloroforme	25 grammes.
Alcoolat de Fioravanti	150 —

En faire usage trois fois par jour.

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Dr Chéron a repris son cours sur les lésions fonctionnelles de l'appareil utéro-ovarien envisagées au point de vue de la doctrine physiologique qu'il professe, le jeudi, à huit heures du soir, — amphithéâtre n° 3, — et le continue les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE

Le Dr Chéron a repris ses leçons cliniques le lundi à midi et demi, à sa clinique de la rue de Savoie, n° 9, et les continue les lundis de chaque semaine, à la même heure.

Examen des malades, diagnostic et traitement. J. Ch.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

OVARIOTOMIE SUIVIE DE SUCCÈS. Quelques remarques sur les indications de l'opération par le Dr G. EUSTACHE. Paris, 1879. J.-B. Baillière et fils.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE AUX ÉTATS-UNIS. Étude analytique de 100 observations, traduit et annoté par le Dr G. EUSTACHE. Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cie.

DESCRIPTION D'UN MONSTRE DOUBLE, par le Dr VAN DEN BOSCH. Bruxelles, 1879. H. Manceaux.

BASSIN SPONDYLOLISTHÉSIQUE. Quelques mots sur le mode de production de cette déformation, par le Dr VAN DEN BOSCH. Bruxelles, 1879. H. Manceaux.

DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE DANS LA VILLE DE LILLE, par le Dr L. WINTREBERT. Lille, 1879. Danel.

RAPPORT SUR UN CAS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE AIGUE, POLYRÉGIONALE, par le Dr DE BEAUVAIS. Paris, 1878. J.-B. Baillière et fils.

VARICES TRAUMATIQUES DES PAROIS ABDOMINALES, par le Dr G. DE BEAUVAIS. Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1875.

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE SCORBUT. Extrait du rapport sur les maladies régnantes fait à la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 juillet 1877, par le Dr G. DE BEAUVAIS.

CALCULS BILIAIRES VOLUMINEUX RENDUS PAR LES SELLES. Considérations cliniques par le Dr G. DE BEAUVAIS. Extrait des comptes rendus de la Société de médecine, séance du 11 mai 1878. Paris.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1878, fait le 24 mai 1879 par le Dr DE BEAUVAIS. Extrait de l'*Union médicale*, 1879.

RECHERCHES SUR LA CARIE DENTAIRE, par les Drs LEBER et ROTTENSTEIN. Paris, 1878. V.-A. Delahaye et Cie.

LES EAUX MINÉRALES D'AUVERGNE, par le Dr BOUCOMONT. Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cie.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE MALADIES CHRONIQUES traitées avec succès par les eaux thermales de Royat, par le Dr Alexandre PETIT. Paris, 1879. J.-B. Baillière.

GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE NÉRIS, par le Dr BONNET DE MALHERBE. Paris. 1874. J.-B. Baillière et fils.

Directeur-Gérant : J. CHÉRON.

1424 — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

LEÇON CLINIQUE (M. CHÉRON)

Recueillie par M. FAUQUEZ, chef de clinique,
Médecin adjoint de Saint-Lazare.

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES QUI SURVIENNENT EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT. — LEUR TRAITEMENT.

MESSIEURS,

Les différents cas d'hémorrhagies que nous avons eu à observer cette semaine et ceux que vous venez de voir tout à l'heure m'offrent l'occasion de traiter aujourd'hui cette question, d'autant plus intéressante pour le médecin, qu'il n'est pas rare de le trouver fort embarrassé alors qu'il s'efforce de reconnaître la cause de ces écoulements sanguins, alors qu'il s'efforce d'en instituer le traitement rationnel.

La conception étiologique étant, comme le dit M. Jules Guérin, seule capable de donner à l'observation, à l'expérience, a diagnostic des maladies, à leur symptomatologie, à l'anatomie pathologique et surtout à la thérapeutique une base certaine et

immuable, devons-nous rechercher avec soin la cause de ces affections et jeter un coup d'œil sur leur étiologie, avant d'analyser les cas qui viennent d'être soumis à notre observation.

Les gynécologues font une distinction entre les hémorrhagies consécutives à l'accouchement ou à l'avortement et les hémorrhagies qui surviennent en dehors de l'état de gestation; ce sont ces dernières que nous avons seules sujet d'étudier aujourd'hui.

Les hémorrhagies qui surviennent en dehors de l'état de gestation ont été divisées en ménorrhagies et en métrorrhagies. Cette distinction nous sera fort utile ; je vous propose de la conserver et de préciser exactement le sens de ces deux expressions.

Quand une femme a ses règles plus longtemps, ou plus abondamment, qu'il ne convient, on la dit atteinte de ménorrhagie. Si, en dehors de la période menstruelle, elle perd du sang, on la dit alors atteinte d'hémorrhagie utérine ou mieux de métrorrhagie.

Lorsque ces hémorrhagies, utérines reviennent régulièrement à la quinzaine, au lieu de leur donner le nom de métrorrhagies, on doit les désigner sous le nom de règles doublées, à cause de la régularité périodique avec laquelle elles s'opèrent.

Les ménorrhagies ne conduisent pas fatalement à la métrorrhagie; elles peuvent être l'indice d'un trouble dans l'exercice des fonctions de l'appareil utéro-ovarien en dehors de toute lésion, mais, liées souvent à une affection utérine à son début, elles peuvent aboutir aux hémorrhagies utérines, alors que la transformation des tissus de l'organe aura préparé l'apparition de ces dernières.

Les cas de ménorrhagies ne sont pas rares dans cette clinique ; la question serait assez vaste pour faire l'objet d'une ou de plusieurs leçons, aussi vaut-il mieux nous en tenir aujourd'hui à l'étude des métrorrhagies.

Quand on est en présence d'une hémorrhagie utérine, la première question à se poser est celle-ci : Quelle en est la cause ?

Rappelons d'abord que les traités didactiques divisent les métrorrhagies en idiopathiques et symptomatiques.

Les premières représentent un trouble fonctionnel, sans lésion,

les secondes, au contraire, sont en relation avec des lésions anatomiques de l'utérus ou de ses annexes, il n'est pas rare de voir survenir, malgré l'intégrité parfaite de l'appareil utéro-ovarien, d'abondantes hémorrhagies utérines. La malade que vous venez de voir tout à l'heure et qui nous a été amenée par un de nos confrères a été examinée avec soin. Le col est sain, l'utérus est parfaitement libre, il n'est point abaissé sur le plancher vaginal, il n'est point augmenté de volume. Cette malade a vu le sang reparaître huit jours après ses règles, à la suite d'un refroidissement, alors qu'elle venait de se livrer à un travail pénible. Examinez la langue, il y est couverte d'un enduit saburral; l'appétit est perdu; il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, des nausées et des lourdeurs de tête. Nous avons là tous les éléments d'un embarras gastrique survenu sous l'influence de ce même refroidissement qui a provoqué les métrorrhagies ou l'embarras gastrique qui en a été la cause.

Tout à l'heure nous rechercherons par quel mécanisme physiologique a pu se produire la métrorrhagie.

Cette autre malade, qui est atteinte depuis trois mois de pertes utérines presque continuelles, a fait une chute dans un escalier. Depuis cette époque, il n'est plus possible de distinguer la période menstruelle des pertes incessantes au sujet desquelles elle vient nous consulter. Elle accuse l'existence d'une douleur permanente dans la région lombaire.

Une troisième malade, qui est ici devant vous, exerce la profession de blanchisseuse. La fatigue qu'elle a à supporter n'est pas en rapport avec ses forces. Depuis deux ans, bientôt, elle a vu survenir de petites hémorrhagies utérines qui se sont accentuées et, dans ces derniers mois, ont fini par entraver le libre exercice de sa profession, tant est pénible la douleur de la région lombaire.

Chez ces deux dernières malades non plus que chez la première, nous ne trouvons aucune trace de lésion de l'appareil utéro-ovarien.

Si, en analysant la cause de ces hémorrhagies utérines, nous recherchons à quel mécanisme pathogénique elles sont dues, nous

ferons un rapprochement facile, entre l'hémorrhagie menstruelle et l'hémorrhagie pathologique qui existe dans ces trois cas.

Sous l'influence de l'excitation transmise aux centres médullaires par l'évolution de la vésicule de Graaf, une action réfléchie sur l'appareil musculeux du mésoarium et du mésométrium, fait entrer en jeu les éléments contractiles de ces organes. L'appareil circulatoire de l'utérus se trouve alors transformé en un véritable appareil érectile qui permet l'abord facile du sang, mais rend la sortie difficile. La pression augmente de plus en plus et la rupture des capillaires de la membrane muqueuse de l'utérus, capillaires à une seule enveloppe et d'une faible résistance, comme vous le savez, ne tarde pas à se faire et à produire, de ce fait, l'écoulement menstruel.

Des causes d'irritation périphérique telles que le refroidissement brusque du corps en sueur, le choc produit par une chute, un simple embarras gastrique, une fatigue permanente qui apauvrit le système nerveux et trouble les fonctions, suffisent à remplacer l'action produite par l'évolution de la vésicule de Graaf par un phénomène identique dont la permanence s'explique, et par la permanence de la cause, et par l'habitude morbide que nous avons analysée ensemble, l'année dernière, dans le cours fait à l'école pratique.

Avec ces troubles fonctionnels s'éveille soit une névralgie lombo-abdominale, soit une névralgie sacrée, soit une névralgie sciatique qui, elles seules, peuvent entretenir la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice, ou même l'irritation périphérique qui retentit sur l'appareil érectile de la circulation utéro-ovarienne.

La congestion produite par la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice ne pourrait produire, elle seule, une hémorrhagie utérine, bien au contraire, car, comme nous l'avons vu, dans nos leçons de l'année dernière, la congestion qui résulte d'une paralysie des centres d'innervation vaso-motrice, annihile l'appareil érectile qui ne peut plus emprisonner des vaisseaux trop largement gorgés de sang. C'est pourquoi, on comprend que la congestion soit une cause d'aménorrhée et de dysménorrhée et jamais une cause d'hémorrhagie utérine idiopathique.

Nous devons donc admettre que la cause périphérique qui est venue impressionner la moelle, a pu respecter ou frapper les centres d'innervation vaso-motrice, mais qu'elle a certainement irrité ceux qui président au phénomène de l'érection du mésoarium et du mésométrium.

Dans mon service de Saint-Lazare, j'ai examiné par le toucher un très-grand nombre de femmes en pleine période menstruelle et j'ai pu constater, à ce moment-là, que l'utérus, loin d'avoir sa position normale caractérisée par une légère antéversion, se trouve redressé et élevé dans le petit bassin à une hauteur qu'il n'occupe pas dans la période intermenstruelle.

C'est qu'il se passe, en vertu du phénomène d'érection et de réplétion du système vasculaire, le phénomène que M. Rouget a vu se passer sous ses yeux lorsqu'il injectait par les artères utérines le système vasculaire de l'appareil utéro-ovarien. Il voyait l'utérus s'élever et se redresser comme le pénis chez l'homme pendant le phénomène de l'érection.

Un examen comparatif, en dehors de l'époque menstruelle, avait pu me convaincre que cette situation de l'utérus est bien en rapport avec le phénomène de l'écoulement menstruel.

Considérant les hémorrhagies dites idiopathiques comme étant dues à un phénomène d'érection de l'appareil circulatoire de l'utérus, survenu sous l'influence d'une excitation périphérique, il était naturel de rechercher, dans ces cas d'hémorrhagies, la modification de situation que l'utérus éprouve sous l'influence du phénomène érectile qui détermine l'hémorrhagie utérine.

J'ai constaté, et quelques-uns d'entre vous, Messieurs, ont été appelés à constater aussi, que l'utérus, chez les trois malades que nous venons de voir, atteintes de métrorrhagies idiopathiques, est redressé, élevé et immobilisé dans le bassin, dans la situation nouvelle que je viens de vous décrire.

Il nous est donc permis, Messieurs, en utilisant ces données, d'arriver à cette conclusion, que ce ne sont pas les centres d'innervation vaso-motrice qui se trouvent atteints ou mieux qui jouent un rôle prépondérant dans les hémorrhagies utérines, mais, que ce sont

plutôt, les centres moteurs d'innervation qui président aux contractions du mésoarium et du mésométrium.

Notez bien que cette explication n'est pas une simple vue de l'esprit, que nous sommes en droit de la considérer comme l'expression exacte de la réalité, puisque elle résulte de la comparaison des phénomènes que l'on observe du côté de l'appareil utéro-ovarien dans les métrorrhagies, d'une part, et dans la période de l'écoulement menstruel, d'autre part. Il s'agit donc, dans les deux cas, d'un phénomène de même nature. Dans l'hémorrhagie utérine idiopathique, c'est en vertu d'un phénomène érectile de l'appareil circulatoire de l'utérus que se produit l'écoulement morbide du sang, phénomène érectile qui est dû à des excitations périphériques quelconques portant sur n'importe quel organe et venant frapper la moelle lombaire.

Quel est le traitement que nous allons conseiller à ces trois malades ?

Nous connaissons la cause première de leur affection ; nous connaissons, par l'étude pathogénique que nous venons de faire, quels sont les organes dont les fonctions sont troublées et quelle est la nature de ces troubles fonctionnels. Il ne nous sera pas difficile, d'après cela, d'instituer un traitement rationnel que vous m'avez vu, déjà plusieurs fois, mettre en œuvre dans cette clinique et dont vous avez pu juger les résultats.

Les indications se résumeront de la façon suivante :

1° Faire tomber l'excitation périphérique qui se transmet à la moelle et se réfléchit sur l'appareil érectile de l'utérus et de l'ovaire ;

2° Calmer la souffrance de la moelle lombaire dans sa manifestation périphérique représentée par la névralgie lombo-abdominale ou lombo-sacrée.

Pour arriver à remplir la première de ces indications, après avoir, dans le premier cas, restitué à la peau par la sudation, les frictions ou le massage l'intégrité de ses fonctions, après avoir fait disparaître l'embarras gastrique, je vous propose, Messieurs, de faire pratiquer à la malade des injections avec une infusion tiède de feuilles de digi-

tale à 15 grammes pour 1000 ou une solution tiède de bromure de potassium à 10 p. 1000.

S'il existe un point périphérique douloureux dans la région abdominale, le point ovarien gauche, par exemple, que l'on observe si souvent en pareil cas, nous appliquerons un petit vésicatoire morphiné et camphré ou nous ferons une injection hypodermique de 8 ou 10 milligrammes de chlorhydrate de morphine.

Pour remplir la première de ces indications, chez notre seconde malade, nous éteindrons le point douloureux qui existe dans la région lombaire et qui représente sans doute le point contusionné, par l'application de petits vésicatoires ou de pointes de feu, ou par l'injection de morphine comme dans le cas précédent.

Chez notre troisième malade épuisée par une trop grande fatigue, le repos représentera le meilleur moyen de calmer l'excitation périphérique en même temps qu'un traitement reconstituant l'aidera à réparer sa santé.

Nous passerons ensuite à la deuxième indication qui viendra compléter le traitement commencé à l'aide des moyens que nous venons d'énumérer.

Chez nos trois malades, pour éteindre la névralgie lombo-abdominale que nous considérons comme la caractéristique de la souffrance de la moelle, nous rechercherons d'abord dans la région lombo-sacrée les points douloureux à la pression sur lesquels nous appliquerons soit de la teinture d'iode, soit des liniments sédatifs, soit des vésicatoires ou des pointes de feu suivant que nous jugerons, d'après l'ancienneté ou la spontanéité de l'affection, que nous avons affaire à une névrite ou à une névralgie.

Nous diminuerons enfin le pouvoir excito-moteur de la moelle avec le bromure de potassium pris à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Vous verrez, Messieurs, sous l'influence de ces moyens, comme vous l'avez vu déjà plusieurs fois, céder ces hémorrhagies utérines avec une très-grande rapidité, si ces différentes indications sont remplies concurremment, comme cela est indispensable.

Je ne vous parlerai point, actuellement, des applications du chaud et du froid sur la colonne vertébrale, applications qui s'adressent plus spécialement aux centres d'innervation vaso-motrice. C'est en étudiant les métrorrhagies symptomatiques que nous aurons mieux sujet d'en examiner l'utilité.

Voici maintenant, Messieurs, plusieurs malades atteintes de métrorrhagies symptomatiques. L'une d'elles, qui nous a été adressée par notre excellent confrère le Dr Jeanmaire de la garde de Paris, est atteinte d'endométrite consécutive à l'accouchement. La maladie s'est développée peu à peu, sourdement, dans l'espace de trois années. Une leucorrhée abondante a d'abord ouvert la scène ; peu à peu elle s'est teintée de sang et aujourd'hui nous sommes en présence de véritables métrorrhagies qui se répètent sans cesse avec de très-courtes rémissions. La malade est très-épuisée, très-affaiblie, très-amaigrie. Elle a eu de la diarrhée et des sueurs nocturnes, ce qui a pu faire craindre un instant une lésion spécifique du côté des poumons. Elle a une névralgie lombo-abdominale qui a rendu sa situation encore plus pénible. La nutrition est, chez elle, très-languissante, les fonctions digestives s'exécutent fort mal. Il existe de la tympanite stomacale et de l'anorexie.

Vous avez suivi, Messieurs, le traitement de cette malade ; vous nous avez vu employer comme traitement local, des injections intra-utérines de solution aqueuse d'acide picrique. En outre des applications sédatives sur la région lombaire et des reconstituants tels que phosphate de chaux, viande crue, quinquina, etc. Par l'emploi de ces différents moyens, nous avons amené : 1° la réparation de la membrane muqueuse de l'utérus, au moins desquamée sinon ulcérée ; 2° nous avons agi sur la moelle lombaire et nous verrons tout à l'heure quelles modifications nous avons apportées de ce côté-là ; 3° enfin nous avons agi sur l'état général et rétabli le fonctionnement normal de l'appareil digestif.

Nous allons retrouver dans tous les autres cas de métrorrhagies symptomatiques ces trois mêmes indications à remplir : 1° réparer la lésion locale ou au moins amener la diminution de calibre des

vaisseaux et par cela même celle de la moëlle l'état congestif de la région ; 2° modifier l'état de la lombaire ; 3° réparer l'état général.

Lorsque nous aurons passé en revue les malades qui se présentent aujourd'hui à notre observation, nous nous occuperons un instant de la pathogénie des hémorrhagies utérines.

La seconde malade,qui vint demander nos soins à la clinique pour la première fois, il y a déjà longtemps, est âgée de quarante-neuf ans; elle habite Vincennes.

Sa santé est restée bonne jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans. A partir de cette époque, les règles régulières jusque-là, commencèrent à faire plus rarement leur apparition, c'est-à-dire toutes les six semaines et quelquefois tous les deux mois, puis survint un écoulement leucorrhéïque continu qui ne fut pas sans influence sur l'état général. Les digestions de la malade devinrent mauvaises, l'amaigrissement en fut la conséquence et la peau du visage prit cette teinte spéciale caractéristique du *facies utérin.*

Plus tard les règles se rapprochèrent au point d'apparaître toutes les trois semaines et même tous les quinze jours. Enfin depuis un an elles sont devenues si fréquentes, elles se représentent d'une façon si irrégulière qu'il faut bien reconnaître que nous sommes en présence de véritables métrorrhagies.

L'examen de la malade chez laquelle nous trouvons les traces de la transformation sénile des organes génitaux ne présente comme lésion qu'une endométrite cervicale avec ulcération des deux lèvres du col.

L'âge de la malade, la façon irrégulière dont se sont présentées les périodes menstruelles dans ces dernières années et la cessation de tout écoulement sanguin régulièrement périodique, nous ont fait supposer que les pertes sanguines qui existent aujourd'hui résultent, purement et simplement, de l'altération du col de l'utérus et qu'il n'y a plus d'ovulation.

Le traitement que nous avons employé et que voici, a justifié cette manière de voir.

Nous avons d'abord pratiqué des injections avec la solution aqueuse de salicylate de soude dans le canal, afin de guérir en même temps la

muqueuse cervicale et la muqueuse ulcérée des lèvres du col. Nous avons éteint les points douloureux à la pression dans la région lombaire, à l'aide d'un liniment chloroformé et plus tard à l'aide des pointes de feu. Enfin nous avons, comme dans le cas précédent, réparé la santé générale en traitant la dyspepsie à l'aide des amers, la constipation à l'aide des préparations de podophyllin et la nutrition à l'aide du phosphate de chaux solubilisé, du lait et des viandes rouges rôties et grillées.

Vous avez vu, Messieurs, sous l'influence de ce traitement la malade reprendre de l'embonpoint, les hémorrhagies utérines disparaître, et aucun écoulement périodique ne revenir depuis dix mois que le traitement est commencé.

L'ulcération du col et l'endométrite cervicale sont réparées, la névralgie lombo-abdominale a disparu et si nous voyons aujourd'hui revenir notre malade, c'est parce que nous l'avons engagée à venir se montrer à vous, comme un cas remarquable, intéressant au double point de vue, de ces métrorrhagies survivant à la ménopause et du résultat que nous avons obtenu.

Une troisième malade, est cette personne âgée de trente-huit ans qui est venue à nous, il y a deux mois à peu près, atteinte de métrorrhagies presque continuelles qui n'ont eu jusqu'ici qu'une très-faible influence sur le bon état de sa santé.

L'examen des organes génitaux nous a fait reconnaître l'existence d'un gros polype utéro-folliculaire pédiculé prenant son insertion sur la face inférieure du canal cervical. Une légère ulcération des lèvres du col s'étale autour du méat.

La malade se plaint de douleurs dans la région lombaire et de constipation opiniâtre. Nous avons pratiqué devant vous l'ablation de ce polype. La cautérisation du point d'implantation du pédicule a été faite à l'aide du galvano-cautère et l'ulcération des lèvres du col, aussi bien que le canal cervical, ont été traités à l'aide des injections et des badigeonnages avec la solution aqueuse d'acide picrique.

Nous avons ensuite porté notre attention sur la région lombaire ; des petits vésicatoires ont été appliqués sur les différents points douloureux à la pression, moyen que la malade a préféré à l'applica-

tion des pointes de feu ; enfin la constipation a été combattue avec la liqueur de podophyllin.

Depuis l'opération, les règles sont régulièrement revenues deux fois d'une façon très-normale. Il n'est plus question de métrorrhagies.

J'appellerai enfin votre attention, Messieurs, sur les trois malades que je viens de vous présenter tout à l'heure et qui sont venues nous consulter atteintes de métrorrhagies en rapport avec la présence de corps fibreux. Chez les trois malades, nous avons obtenu la disparition des hémorrhagies. Mais ici les moyens employés diffèrent un peu de ceux dont nous avons fait usage dans les cas précédents ; c'est qu'en effet, nous ne pouvons pas atteindre le siège de la lésion et en déterminer la réparation, comme dans les cas d'endométrite utérine ou cervicale; le stimulus périphérique, représenté par le fibroïde persiste sans cesse et tend à ramener l'écoulement métrorrhagique. Nous avons donc sujet d'agir d'une façon différente. C'est pourquoi nous avons employé les moyens dont je vais vous parler.

Chez la première de ces malades, âgée de vingt-deux ans, atteinte de métrorrhagies et qui porte dans le fond de la cavité utérine un fibrôme qui s'élève jusqu'à l'ombilic, nous avons trouvé le col violacé, ce qui est l'indice d'une congestion très-accentuée. La région lombaire est le siège d'une névralgie dont nous retrouvons l'extension dans la région abdominale, se révélant par l'existence du point iliaque et du point pubien du côté droit.

Nous avons d'abord, Messieurs, soumis cette malade à l'application des intermittences du courant continu. Après chaque application nous avons pratiqué des pansements osmotiques glycérinés, et enfin, nous avons appliqué des rondelles de flanelle imbibées de chloroforme sur tous les points douloureux de la région lombaire et de la région abdominale.

Sous l'influence de ce traitement, en moins d'un mois, nous avons vu diminuer la coloration violacée du col et disparaître les métrorrhagies dont la malade était atteinte. Elle vient d'avoir ses règles d'une façon normale ; elles n'ont duré que quatre jours. Ce bon état persiste depuis trois mois bientôt, en même temps que sous

l'influence du mode d'application des courants continus que nous avons créé (l'intermittence rhythmée), vous avez vu diminuer le fibroïde d'une façon très-notable.

La seconde malade atteinte de métrorrhagies en rapport avec un corps fibreux est cette personne grande et forte, âgée de vingt-huit ans, qui exerce la profession de blanchisseuse et porte une tumeur fibreuse qui atteint jusqu'au diaphragme dans la région du foie. Cette malade a eu deux enfants, le dernier il y a six ans.

Depuis cinq mois, dit-elle, elle ne cesse de perdre du sang plus ou moins abondamment. Elle a des douleurs vives dans la région des reins, de l'essoufflement, un bruit de souffle au cœur et les fonctions digestives en mauvais état.

L'examen du col ne fait point reconnaître un état congestif aussi accentué que dans le cas précédent. Les occupations de cette malade ne lui permettent point de venir se soumettre aux applications de l'intermittence du courant continu que nous lui proposons.

A la première consultation, séance tenante, des applications de pointes de feu sont faites sur tous les points douloureux de la région lombaire et nous lui donnons une potion contenant de l'ergotine et de l'extrait de belladone, de façon qu'elle prenne chaque jour 20 centigrammes d'ergotine et 4 centigrammes d'extrait de belladone. Nous lui conseillons l'usage des gouttes amères de Baumé et du chlorhydro-phosphate de chaux. La malade revient tous les huit jours et vous avez pu voir, Messieurs, combien le résultat a été satisfaisant.

Vous n'oubliez pas que chaque fois qu'elle est revenue à notre clinique, nous avons fait des applications de pointes de feu sur tous les points douloureux de la région lombaire.

Enfin, la troisième et dernière malade, atteinte aussi de métrorrhagies en rapport avec l'existence d'un corps fibreux, a eu plusieurs enfants, le dernier il y a quatre ans.

Les métrorrhagies sont très-abondantes depuis quelque temps et presque continues; la santé générale est très-affaiblie et il existe comme chez nos autres malades une névralgie lombo-abdominale très-accentuée. Dans ce cas, Messieurs, l'emploi simultané des inter-

mittences rhythmées du courant continu et des injections sous-cutanées d'ergotine (ergotine Yvon) ont donné un résultat des plus rapides, puisque en quinze jours les métrorrhagies qui existaient depuis plusieurs mois ont disparu et n'ont point reparu depuis quatre mois. Dans ce laps de temps, les règles sont revenues régulièrement.

N'oublions pas que nous avons appliqué des pointes de feu sur les points douloureux de la région lombaire, de la façon la plus régulière.

Nous avons employé concurremment les intermittences du courant continu et les injections d'ergotine, pour répondre au désir de la malade qui demandait instamment qu'on mît tout en œuvre pour lui permettre de reprendre son travail.

Avant de récapituler, Messieurs, la façon de remplir les différentes indications que présentent les métrorrhagies symptomatiques, il est indispensable que nous jetions un coup d'œil sur la pathogénie de ces sortes d'hémorrhagies.

Une lésion périphérique, une ulcération du col, une endométrite, un polype utéro-folliculaire, un corps fibreux réagissent sur les centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et sur ceux des ganglions correspondants du sympathique, la perte de l'activité tonique de ces centres en est le résultat, et les nerfs vaso-moteurs n'ayant plus aucune action sur les vaisseaux, ceux-ci se distendent outre mesure et un état congestif de l'appareil utéro-ovarien en est la conséquence.

La pression exagérée dont le système circulatoire de cette région devient le siège produit une hémorrhagie, là où existe la lésion inflammatoire, là où existent des vaisseaux de nouvelle formation, friables et peu susceptibles de résister à cette pression anormale.

Telle est la manière dont M. Vulpian, dans ses leçons sur les vasomoteurs, apprécie le rôle des excitations périphériques représentées par la présence des fibroïdes ou autres produits morbides qui produisent les métrorrhagies symptomatiques.

Il est donc rationnel, si nous admettons cette explication de la pathogénie des hémorrhagies utérines en rapport avec une lésion, de remplir les indications que nous vous avons exposées tout à

l'heure à propos de nos différentes malades ; c'est-à-dire : 1° de réparer la lésion qui représente la porte de sortie par laquelle le sang accumulé par l'état congestif s'échappera sans peine ; 2° de restituer aux centres d'innervation vaso-motrice de la moelle et des ganglions du sympathique correspondant, leur activité tonique paralysée par l'excitation périphérique ; 3° de ramener la santé générale en relevant la nutrition et faisant disparaître le cortège de symptômes morbides qu'éveillent les métrorrhagies et toutes les affections utérines en général.

Pour remplir la première de ces indications, dans les cas d'endométrite utérine ou cervicale, d'ulcération du col, de polypes utéro-folliculaires ou de kystes de Naboth, les injections intra-utérines ou intra-cervicales, les attouchements, après extirpation, avec des substances cathétériques ou caustiques, ou l'application du cautère actuel suffisent et amènent la cicatrisation.

S'il s'agit de corps fibreux intra-cavitaires, pariétaux ou sous-péritonéaux, nous ne pouvons modifier l'état congestif et diminuer la pression vasculaire sur les parties lésées, qu'en employant les médicaments vasculaires parmi lesquels l'ergot de seigle et l'ergotine tiennent le premier rang, et ces moyens physiques en tête desquels se place l'intermittence du courant continu, d'après la méthode que nous avons créée.

La seconde de ces indications nécessite : *a*, l'emploi de moyens qui fassent disparaître les points douloureux de la névralgie lombo-abdominale, (vésicatoires, pointes de feu,) qui tiendraient paralysés les centres d'innervation vaso-motrice, à titre de points d'irritation périphérique ; *b*, l'emploi de moyens susceptibles d'éveiller la tonicité momentanément perdue de ces mêmes centres (la chaleur, d'après la méthode de Chappmann, les stimulants en applications ou en frictions).

La troisième de ces indications, enfin, est remplie facilement par les données habituelles de la clinique générale, sans qu'il soit nécessaire d'y insister.

Je n'ai point eu la prétention, Messieurs, d'épuiser la question des

hémorrhagies utérines idiopathiques et symptomatiques dans cette leçon clinique ; ce n'est qu'une esquisse, un résumé de l'ensemble des moyens qui nous ont donné les résultats que vous avez vus.

Ce ne sont pas toujours les cas extrêmes, qui mettent immédiatement la vie en danger qui doivent vous intéresser davantage. Ils sont d'ailleurs, et fort heureusement, plus rares. Portons donc notre attention sur les cas, si nombreux, dans lesquels la santé se trouve compromise et l'existence empoisonnée, sans relâche et sans trêve, par ces pénibles affections.

REVUE CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE SALICYLATE DE SOUDE DANS L'ENDOMÉTRITE AVEC ULCÉRATION DU COL.

Par le docteur JULES CHÉRON.

D'après les principes de la doctrine que nous professons, le traitement de toute affection utérine comporte trois ordres d'indications à remplir : celles qui sont relatives à la lésion locale, celles qui sont relatives à l'irritation médullaire générale ou le plus souvent localisée, celles enfin qui relèvent de l'état général constitutionnel ou diathésique.

Les moyens thérapeutiques qui doivent remplir ces différentes indications sont étudiés avec soin et classés absolument comme si une seule des indications remplie devait amener la guérison. Aussi l'étude de ces moyens ne peut-elle être faite avec fruit, dans les services hospitaliers, qu'en supposant que l'état local, la lésion de l'utérus, représente la maladie tout entière.

C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons étudié les injections intra-utérines de salicylate de soude. Après avoir fait plus de 1800 injections sans autre traitement et réparé, sans accidents, la lésion locale, nous avons pu juger la question et annoncer que le salicylate de soude en solution aqueuse à 10 p.°/₀ injectée dans l'utérus, tarit les sécrétions morbides de la membrane muqueuse, répare la lésion et conduit à la cicatrisation l'ulcération du col qui l'accompagne le plus ordinairement.

Une note antérieure a annoncé dans ce recueil ce résultat à l'article *formulaire.*

Aujourd'hui la chose étant acquise, il ne s'agit plus que de démontrer qu'en remplissant les autres indications, dans le traitement de l'endométrite purulente, on arrive à un résultat plus rapide, plus complet et plus sûrement durable. Les quelques observations qui suivent sont rapportées, en détail, dans le but que nous venons d'exposer.

Obs. I. — Endométrite purulente et ulcération fongueuse du col consécutives à un accouchement remontant à quatre années.

Diathèse strumeuse.

Dyspepsie douloureuse et flatulente ; troubles circulatoires.

Névralgie lombo-abdominale et dysménorrhée très-douloureuse. — Injections intra-utérines de salicylate de soude.

Ablation des fongosités de l'ulcération du col. — Sulfureux et opiacés. — Révulsion spino-lombaire. — Guérison après 16 injections intra-utérines.

Blanche Cav...., âgée de vingt-trois ans, blanchisseuse, entre à Saint-Lazare, salle Saint-Joseph n° 3, le 21 mars 1879, atteinte d'une énorme ulcération fongueuse du col de l'utérus, avec endométrite purulente consécutive à un accouchement, il y a quatre ans.

Régulièrement réglée avec dysménorrhée douloureuse.

Dyspepsie douloureuse et flatulente. — Chaleur au visage. — Pas de constipation. — Il existe une névralgie lombo-abdominale très-pénible et de nombreux points douloureux à la pression.

Au toucher. — On constate que le col est volumineux, à lèvres ren-

versées en dehors. Un point sensible à la pression se trouve dans le cul-de-sac latéral droit, à l'union du corps et du col. Il existe, en cet endroit, un certain empâtement qui indique la part que prend le système lymphatique péri-utérin à toute lésion inflammatoire qui atteint l'utérus. Depuis un certain temps la surface des lèvres est mollasse et saignante.

Au spéculum. — Une surface rouge et desquamée, couverte de fongosités, s'étend de l'orifice cervical sur les deux lèvres du col. La sonde utérine franchit, sans obstacle, l'isthme largement ouvert.

Un écoulement muco-purulent très-abondant se fait, d'une façon continue, par le canal cervical.

Dans le but de tarir l'écoulement et de modifier la surface de la muqueuse du corps de l'utérus et celle du canal cervical, des injections intra-utérines, avec une solution aqueuse de salicylate de soude à 10 p. °/₀ sont pratiquées deux fois par semaine, de la façon suivante :

A l'aide de la seringue de M. Collin dont le contenu est de 4 grammes de liquide, la canule étant introduite jusqu'au fond de l'utérus, on pousse doucement l'injection, attendant le reflux de la solution, chaque fois que le piston progresse d'une petite quantité.

Le col est ensuite badigeonné avec le liquide revenu dans le spéculum.

Le traitement local commencé le 8 avril est continué régulièrement jusqu'au 25 mai.

Dans cet intervalle de temps, la diathèse strumeuse et les troubles fonctionnels qui résultent de la lésion et de la maladie sont combattus à l'aide du phosphate de chaux et des bains de Barèges, en même temps que des applications de teinture d'iode sont faites, sur la région lombaires et que la dyspepsie douloureuse et flatulente est combattue avec des préparations de morphine et des amers. A partir du 8 avril, les injections intra-utérines avec la solution de salicylate de soude sont pratiquées tous les deux jours.

Sous l'influence de ce traitement local, l'écoulement purulent diminue et se supprime en moins de quinze jours.

L'ulcération pâlit, les bords se réparent. Il ne reste plus, autour

du méat cervical, qu'un petit nombre de fongosités déprimées que nous ébarbons avec de longs ciseaux courbés à angle droit.

Vers le 10 mai, l'ulcération est cicatrisée. Quelques injections sont encore pratiquées jusqu'au moment de la sortie de la malade, qui a lieu le 25 mai.

Dans cet intervalle de temps, du 8 avril au 25 mai, les règles sont revenues deux fois et c'est à peine si la malade a eu quelques coliques. L'état de dysménorrhée douloureuse s'est donc grandement atténué; ce qui doit être attribué, plus encore au traitement de la névralgie lombaire, qu'au traitement anti-diathésique et au traitement local.

Obs. II. — Endométrite purulente et ulcération fongueuse du col consécutives à l'accouchement.

Diathèse lymphatico-herpétique.

Constipation et troubles dyspeptiques.

Névralgie lombo-abdominale.

Traitement par les injections intra-utérines de salicylate de soude, la saignée des fongosités, les sulfureux et la révulsion spino-lombaire. — Guérison après 10 injections intra-utérines.

Aline C..., domestique, vingt-deux ans, bien réglée, trois enfants; — le dernier a dix-sept mois. — Entre à la salle 8 le 17 juillet, atteinte d'endométrite et ulcération du col consécutives à l'accouchement.

Lymphatico-herpétique. La malade a de la constipation et des troubles dyspeptiques.

Elle souffre de la région lombaire lorsqu'elle a un peu marché; les douleurs s'irradient dans la région hypogastrique.

La pression fait reconnaître des points douloureux à la région lombo-sacrée.

Au toucher on trouve l'utérus lourd et peu sensible. Lorsqu'on le remue la malade éprouve plutôt un malaise qu'une douleur. L'utérus est abaissé et antéversé. Au spéculum, on voit le col gros et congestionné, ulcéré sur ses deux lèvres qui présentent de nombreux ma-

melons irréguliers, au milieu desquels se montrent un certain nombre de pustules acnéiques remplies d'un pus jaunâtre.

Un écoulement séro-purulent, souvent teinté de sang, se fait par le canal cervical.

Après avoir porté remède à la névralgie lombo-abdominale à l'aide des applications de teinture d'iode morphinée, après avoir modifié les troubles dyspeptiques avec les amers et la constipation à l'aide de la teinture de podophyllin, les injections intra-utérines de salicylate de soude sont pratiquées deux fois par semaine pour modifier la muqueuse utérine et la muqueuse cervicale.

Nous sommes, en effet, en présence d'une endométrite purulente avec état congestif de forme passive et ulcération fongueuse labio-cervicale. Le parenchyme utérin ne semble pas avoir encore subi aucune atteinte inflammatoire non plus que le système lymphatique péri-utérin.

Sous l'influence des injections intra-utérines de salicylate de soude, l'écoulement purulent diminue de quantité dès la première semaine, et l'ulcération perd de sa coloration rouge vif, en même temps que l'état violacé du col s'atténue.

Dès la quatrième semaine, après la septième injection intra-utérine, les règles étant revenues sans incident, il n'y a plus d'écoulement utérin et l'ulcération est réduite à quelques mamelons et à quelques pustules d'acné groupées autour du méat cervical.

Ces mamelons autrefois sanieux et sanguinolents, aujourd'hui très-déprimés et peu colorés, sont touchés, après chaque injection intra-utérine, avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 30°, après qu'une saignée au poinçon de trocart a été faite sur chacun de ces mamelons.

Cinq attouchements de cette sorte et trois injections intra-utérines terminent complétement la réparation des lèvres du col, il n'existe plus aucune trace d'écoulement.

La névralgie lombaire, la constipation et les troubles dyspeptiques se sont amendés sous l'influence des divers moyens employés.

Dans le but de diminuer le volume et le poids de l'utérus, des pansements glycéro-tanniques sont pratiqués tous les deux jours.

Le 28 août, après deux retours de règles, la malade, dans le meilleur état de santé locale et générale, peut quitter l'hôpital.

Cette observation mérite d'arrêter notre attention quelques instants.

Une endométrite purulente consécutive à l'accouchement, et favorisée dans son développement par une diathèse où l'état strumeux et l'herpétisme jouent chacun un rôle, cède à l'emploi des injections intra-utérines de salicylate de soude (10 injections) et l'ulcération fongueuse qui s'étale sur les lèvres du col s'atténue sous l'influence du même moyen thérapeutique, pour disparaître à l'aide de quelques attouchements avec le perchlorure de fer, attouchements précédés de saignées avec un poinçon de trocart.

Mais pendant que ce traitement local est fait avec soin, nous ne perdons pas de vue deux autres indications de la plus haute importance, le traitement spinal d'une part, le traitement de la diathèse et des manifestations symptomatiques éveillées concurremment avec l'affection utérine.

Ce n'est qu'en traitant ainsi l'état général dans toutes ses manifestations et en éteignant les points douloureux de la région lombaire, que les centres d'innervation vaso-motrice reprenant leur tonicité perdue, la congestion utérine disparait; ce qui favorise la disparition de l'écoulement et la réparation de l'ulcère.

L'équilibre se fait, en même temps, dans la santé générale, ce qui apporte un appoint à la réparation de la lésion utérine.

Assurément, le salicylate de soude en injections intra-utérines est un modificateur remarquable de l'endométrite purulente et de l'ulcération du col qui l'accompagne, mais si on s'en tenait à ce traitement purement local, si le traitement spinal et le traitement général ne marchaient de pair avec celui-ci, le résultat obtenu ne serait ni aussi rapide ni aussi complet.

De nouvelles observations que nous ne tarderons pas à rapporter fourniront la preuve de cette assertion.

REVUE CLINIQUE

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE EN OBSTÉTRIQUE (1).

Dans notre cahier de janvier 1879, nous avons attiré l'attention sur l'efficacité des injections sous-cutanées d'ergotine dans les hémorrhagies de toutes sortes. Nous donnions les formules pour l'emploi de l'ergotine de Bonjean et nous signalions la formule d'une excellente préparation d'un pharmacien parisien, M. Yvon, qui est arrivé à donner un produit régulier et inaltérable représentant 1 gramme d'ergot de seigle pour 1 gramme de liquide. (Art. 11004.)

A cette époque nous expérimentions déjà depuis quelque temps les injections d'ergotine en obstétrique. Bien que nous fussions convaincu de l'excellence du procédé, l'expérience n'était pas assez longue encore pour en faire part et engager le praticien à adopter sans réserve une pratique nouvelle.

Il ne s'agit en effet de rien moins que d'abandonner à peu près l'ergot de seigle en poudre que nous employons tous ; et il s'agit de savoir si on trouve une préparation d'ergot suffisamment fixe pour ne pas s'altérer, pour donner une solution non irritante qui, employée en injections sous-cutanées, fasse, comme l'ergot donné par la bouche, contracter l'utérus assez puissamment après la délivrance pour arrêter l'hémorrhagie ? A cela nous disons aujourd'hui oui. Peut-être faut-il faire encore quelques réserves sur la qualité des ergotines, mais telles que nous les possédons elles peuvent être considérées comme parfaitement suffisantes pour remplacer l'ergot.

Il n'est pas inutile de rappeler en commençant que l'ergot de seigle

1. En reproduisant cet excellent article de M. Luca -Championnière sur la valeur des injections sous-cutanées d'ergotine en obstétrique, nous croyons être utile en même temps qu'agréable à nos lecteurs. Pour le médecin qui sait manier les injections d'ergotine, et la chose est facile, l'ergot de seigle se trouve relégué au second plan. Nous avons obtenu, de notre côté, d'excellents résultats que nous ne tarderons pas à publier. J. CH.

est une substance assez infidèle. Il y a des qualités fort diverses dans leur action ; deux récoltes différentes ne donnent pas deux ergots semblables. Un même ergot perd rapidement ses propriétés et on conseille toujours de n'employer la poudre que lorsqu'elle est fraîchement pulvérisée ou lorsqu'elle a été conservée avec quelques substances protectrices, résines en particulier. Disons toutefois que le Dr Garran de Balzan, dans une bonne thèse sur l'ergot de seigle (Paris, 1873), paraît avoir démontré qu'en pulvérisant l'ergot bien sec et le conservant par petites quantités dans des flacons bien bouchés on le gardait inaltéré pendant un temps considérable.

On conçoit que l'extrait aqueux de cette substance, l'ergotine, soit elle-même irrégulière aussi dans ses propriétés. Le mode de préparation et de concentration du liquide qui le représente, dans les préparations ordinaires du commerce, favorise aussi ces irrégularités.

C'est en considérant ces faits que M. Yvon est venu à chercher un mode de préparation régulier, donnant un produit comparable à lui-même et mesurable par rapport à la substance dont il est extrait. Il a cherché plus, il a voulu au lieu d'un liquide sirupeux, presque boueux, altérable, obtenir un liquide transparent, bien clair et que l'on pût injecter sans véhicule et conserver indéfiniment en comptant sur la persistance de ses propriétés. Nous avons donné l'année dernière sa formule et dit qu'il avait bien réussi dans cette recherche tout en arrivant à obtenir un liquide représentant exactement pour 1 centimètre cube, 1 gramme de poudre de seigle ergoté.

Quoi qu'il en soit, les accoucheurs ont donc en général en fait d'ergotine à leur disposition l'ergotine Yvon, que l'on injecte telle quelle, sans préparation aucune, et l'ergotine Bonjean, ergotine ordinaire du commerce, qu'il faut au préalable faire dissoudre dans un véhicule pour l'employer en injections sous-cutanées.

Ces deux substances ont été employées concurremment ; l'ergotine Bonjean étant plus répandue a été utilisée plus souvent.

La promptitude avec laquelle l'ergotine en injections sous-cutanées arrêtait les hémorrhagies utérines des corps fibreux et même du cancer a dû donner à bien des médecins la pensée d'en user pour remplacer l'ergot après l'accouchement. Cependant, nous croyons

qu'un confrère de Paris, le Dr Thorel, est le premier qui en ait usé et fort largement dans sa pratique. Il avait vu M. Terrier qui, depuis 1875, avait appliqué la méthode d'Hildebrandt aux fibrômes utérins et il avait immédiatement utilisé pour sa pratique les injections d'ergotine.

Voici la formule qu'il a souvent employée et que depuis il a abandonnée pour revenir à la formule de M. Terrier :

Ergotine Bonjean.	4	grammes.
Glycérine	15	—
Eau distillée	15	—

Ayant observé qu'après la délivrance, dans les cinq minutes qui suivent l'injection, l'utérus se durcit vigoureusement comme après l'absorption par l'estomac de la poudre d'ergot de seigle,et se maintient dur, il remplaça bientôt définitivement le seigle en poudre par l'injection sous-cutanée. Comme il avait l'habitude de donner du seigle après la délivrance à toutes les accouchées, il fit un large usage de ces injections d'ergotine, car l'année dernière déjà il nous disait avoir fait de ces injections dans plus de quatre-vingts cas d'accouchement. Aujourd'hui il a complétement adopté cette manœuvre. L'injection sous-cutanée agit selon lui plus vite et plus sûrement que l'administration du seigle par la voie buccale et les inconvénients sont nuls. Il a souvent fait deux injections. Mais quelques cas rares lui ayant donné des coliques vives, il met une certaine mesure dans la répartition de l'injection.

On a beaucoup plus employé la formule dite d'Hildebrandt adoptée par M. Terrier :

Ergotine Bonjean.	2	grammes.
Glycérine	15	—
Eau distillée	15	—

C'est celle que j'ai adoptée pour ma part et employée à l'hôpital quand je n'avais pas d'ergotine Yvon. Toutes mes expériences se sont faites alternativement avec ces deux substances ; on en pourra trouver quelques indications dans deux thèses intéressantes soutenues à la Faculté de médecine de Paris l'année dernière, celle du Dr Xavier Breuillard, intitulée : *Traitement des hémorrhagies consé-*

cutives à la délivrance par les différentes préparations d'ergot de seigle en injections hypodermiques ; et celle du Dr Paul Hubert, intitulée : *Considérations sur le traitement des hémorrhagies post-puerpérales et en particulier sur les injections d'ergotine.*

Le professeur Hergott, de Nancy, qui a fait à la Maternité de Nancy de nombreux emplois d'ergotine *(Revue médicale de l'Est)*, a employé une préparation analogue à celle de M. Yvon et dosée de même façon.

L'ergotine n'avait dû inspirer *a priori* que fort peu de confiance aux accoucheurs. Nous savons en effet que, tandis qu'administrée par la bouche en potion pour des hémorrhagies de sources diverses, elle se montrait souvent efficace, par la même voie, après l'accouchement, elle paraissait avoir peu d'action sur l'utérus. On donnait l'ergotine Bonjean à doses massives dans l'estomac comme celles de seigle 2, 3 et 4 grammes sans produire de bonnes contractions utérines, et tous ceux qui l'avaient employée ainsi étaient revenus au seigle ergoté par la voie buccale.

Cependant on avait eu lieu d'être frappé de l'action énergique des injections sous-cutanées d'ergotine sur les fibres musculaires de la vie organique ; des expériences de MM. Peton et Laborde avaient permis de prévoir qu'elles feraient contracter l'utérus, car ils avaient constaté *de visu*, sur les animaux, non-seulement la contraction des autres appareils de la vie organique, mais la contraction énergique de la fibre utérine.

Or voici ce que l'on constate très-évidemment : tandis que l'ergotine administrée en doses considérables par l'estomac ne donne que des résultats très-médiocres, ne détermine guère de contractions utérines, il suffit d'une dose excessivement minime d'ergotine en injection sous-cutanée, pour déterminer des contractions utérines très-rapides au bout d'une minute et demie ou deux, cinq minutes au plus. Un gramme de la solution précitée, dose ordinaire, contient un peu plus de 6 centigrammes et demi d'ergotine Bonjean ; et 1 gramme d'ergotine Yvon, autre dose ordinaire, ne contiendrait guère que le double de substance active.

Les utérus paraissent impressionnés par ces doses à peu près comme par 1 gramme d'ergot de seigle administré par la voie buccale. Au moins c'est ainsi que l'on a pu en juger dans mon service de

l'hôpital Cochin, où toutes les femmes prenaient autrefois au moins 1 gramme d'ergot de seigle après la délivrance. Aujourd'hui toutes ont leur injection sous-cutanée d'ergotine ; le résultat paraît être le même, l'utérus reste bien dur : mais il paraît se durcir beaucoup plus rapidement qu'après le seigle.

Quand il s'agit d'inertie utérine et d'hémorrhagie, cette dose est insuffisante ; on est obligé de multiplier les injections (thèse d'Hubert). On a dû avoir recours à deux ou trois et même quatre injections d'ergotine avant d'obtenir un résultat.

Dans quelques cas l'effet de l'injection sous-cutanée ayant été nul on donne avec succès 1 gramme d'ergot par l'estomac. Il ne faut pas s'exagérer l'importance de ce fait, car on sait très-bien comment l'action de l'ergot s'accumule et que souvent ce n'est qu'au troisième gramme qu'on obtient des contractions utérines suffisamment persistantes.

Ces injections d'ergotine produisent souvent comme le seigle une action imparfaite ; c'est-à-dire que si on manquait à exciter l'utérus par quelques frictions, l'organe ne se durcirait pas convenablement. Mais tandis qu'avant l'injection il n'avait aucune réaction sous la friction, il est devenu très-excitable, et il suffit d'un peu de surveillance pour l'empêcher de se relâcher de nouveau.

J'ai dit dans un autre article comment on utilisait très-bien cette action en comprimant l'utérus entre la main sur l'abdomen et un petit tampon placé sur le col. Un des modes d'action de cet excellent procédé est l'excitation directe du tissu utérin rendu irritable par l'injection sous-cutanée d'ergotine. (Art. 11260.)

J'ai trouvé également que l'administration à l'intérieur de l'alcool sous une forme quelconque favorise l'action de l'ergotine comme celle du seigle, et après avoir fait l'injection sous-cutanée, je fais volontiers administrer une ou deux cuillerées d'un alcool quelconque (eau-de-vie, rhum, kirsch, etc.), et s'il s'agissait d'une malade en danger, épuisée, incapable de déglutition, je ferais en outre une ou plusieurs injections sous-cutanées d'alcool.

Mais si l'ergotine ne donne que les résultats de l'ergot pourquoi la préférer ?

Tout d'abord les résultats sont plus rapides, premier avantage.

Puis l'ergot paraît plus infidèle que l'ergotine.

C'est un médicament désagréable et un peu nauséeux. Les femmes le vomissent, beaucoup plus rarement qu'on ne l'a dit, mais le vomissent quelquefois.

Mais surtout on fait l'injection d'ergotine sans le consentement, et même sans la connaissance de la patiente. Depuis deux ans j'ai constamment fait préparer, avant toute grande opération obstétricale qui nécessite l'anesthésie complète de la malade, l'injection sous-cutanée qui sera faite après la délivrance. Dès lors, au lieu de hâter le réveil de la malade, pour lui faire avaler l'ergot, sans la bouger, sans la remuer en rien, je fais une ou plusieurs injections sous-cutanées et je laisse la malade dormir tranquillement jusqu'au réveil naturel, assuré que l'utérus se contracte régulièrement. Aussi les opérées sont-elles reportées dans leur lit après injection vaginale phéniquée, après injections sous-cutanées d'ergotine, bien pansées, et préparées au repos sans pouvoir se douter qu'elles ont accouché et encore moins qu'elles ont subi une intervention laborieuse.

Pour celles qui ne sont pas endormies, mais ont perdu du sang, c'est une chose capitale de ne pas avoir à les remuer pour administrer un paquet d'ergot.

Enfin il m'a paru que l'on observait après ces injections moins souvent des coliques utérines dans la suite, qu'après l'administration du seigle. Peut-être est-ce parce qu'il est plus facile de ne pas dépasser la dose suffisante.

En ce qui concerne le siège de l'injection, on peut supposer qu'il est utile de la faire dans le point le plus voisin de l'utérus, c'est-à-dire à la paroi abdominale. C'est au moins ce qui pouvait être déduit des recherches de M. Péton, qui admet que plus les injections sont voisines du siège de l'hémorrhagie, plus elles sont efficaces. C'est en effet dans cette région que je les ai faites d'abord. Mais depuis longtemps je les fais faire de préférence à la racine des cuisses, à la face externe et postérieure où elles sont tout aussi actives. Ce dernier siège a des avantages.

D'abord, si on a besoin de frictionner un peu l'abdomen, on excite inutilement le lieu de l'injection, on l'irrite et l'injection sur la paroi abdominale paraît déterminer un peu plus de douleur.

En outre, il est très-important que l'injection soit faite hardiment dans la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutanée. Or, comme j'ai fait faire ces injections constamment, non-seulement par les élèves en médecine, mais par les sages-femmes n'ayant pas de notions très-précises d'anatomie, je conseille cette région où l'on enfonce l'aiguille, hardiment, brusquement, sans crainte aucune, après avoir fait un pli à la peau, ou mieux, sans pli préalable, en tendant bien cette peau.

Il est important en effet de bien fixer le *modus faciendi* de l'injection ; de là dépend son innocuité. On a beaucoup parlé d'abcès, d'escarres superficielles. Nous pouvons dire que nous n'en voyons jamais. L'injection est accompagnée d'une sensation de brûlure passagère ; la région injectée reste un peu sensible à la pression quelquefois quelques jours durant, et tout est dit.

J'ai vu cette année à l'hôpital un abcès dû à ce que l'aiguille n'avait fait que pénétrer obliquement le derme très-épais. Non seulement cette injection trop superficielle est immédiatement très-douloureuse ; mais il se développe de petits abcès. Souvent aussi il se développe de petites escarres. J'ai vu dans d'autres services de ces injections trop superficielles donner des escarres alors que sur la même femme, avec la même seringue, la même aiguille et le même liquide d'injection, aucun accident ne survenait pour une opération plus profonde.

Au point de vue immédiat, le petit tour de main qui permet une injection rapide est bien à étudier pour éviter à la patiente toute appréhension et toute douleur.

En résumé, mes expériences sont si nombreuses aujourd'hui, celles de bien d'autres chirurgiens faites dans le même sens sont si nombreuses aussi, que l'on doit conclure que ces injections sous-cutanées d'ergotine sont innocentes et efficaces.

Elles doivent être employées suivant les indications de l'ergot de seigle, c'est-à-dire jamais avant la délivrance accomplie.

Je considère l'ergotine Bonjean comme donnant une très-bonne solution, qui se conserve très-bien surtout si on y ajoute une trace de salicylate de soude ou en remplaçant l'eau par de l'eau de laurier cerises. Mais si on peut utiliser un produit plus parfait, comme celui

de M. Yvon, ou celui signalé par M. Hergott, il faut y avoir recours. Tout praticien en conservera indéfiniment une petite provision.

Si on emploie la solution d'Hildebrandt (Terrier), les doses ordinaires seront de une à trois injections de 1 gramme ou une seringue. Si on emploie la solution Yvon, les doses ordinaires sont de une à deux injections de 1 gramme.

Il est difficile de dire la limite supérieure où on devra s'arrêter, dans des cas graves. Quatre et cinq de ces injections ont été faites sans inconvénients notables.

En tous cas, nous pensons que bien des médecins feront comme nous aujourd'hui : ils se muniront pour toujours d'un flacon d'ergotine et d'une seringue à injection, se trouvant ainsi toujours préparés contre l'hémorrhagie post-puerpérale.

Enfin je termine en signalant un fait aux praticiens : dans les hémorrhagies secondaires, surtout dans celles qui sont tardives et qui suivent l'accouchement et l'avortement, alors que l'ergot de seigle est souvent peu efficace, l'injection d'ergotine agit vite et sûrement. Nous avons eu plusieurs occasions l'année dernière de constater le fait.

Si nous ajoutons que presque toutes les hémorrhagies en toutes régions sont justiciables, dans une bonne mesure, des injections sous-cutanées d'ergotine, comme nous l'avons dit déjà, nous ferons excuser la longueur de ce chapitre, de grande importance pour la pratique de chaque jour.

UN CAS D'HÉMATOCÈLE SOUS-PÉRITONÉO-PELVIENNE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE DIX-SEPT ANS.

Nous empruntons aujourd'hui au journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne qui renferme souvent d'excellents articles relatifs à la Gynécologie, le récit dû à M. le Dr Bleynie d'une intéressante observation d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne chez une jeune fille.

L'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est une maladie encore assez peu connue; les cas en sont rares, et bien des praticiens parcourent toute leur carrière sans en rencontrer un seul exemple, quelques rares auteurs en nient même l'existence; mais les caractères de cette affection sont tellement tranchés qu'il est bien difficile de la méconnaître quand, par hasard, on en rencontre un cas dans sa pratique.

Si l'existence de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est admise par la grande majorité des praticiens, lorsqu'il s'agit de déterminer la cause et la source de l'hémorrhagie, l'entente est beaucoup moins grande.

On admet assez généralement que cette variété d'hématocèle peut se produire dans trois circonstances différentes:

1° Pendant la grossesse utérine;

2° Pendant une grossesse extra-utérine, variétés tubaire et sous-péritonéo-pelvienne;

3° En dehors de tout état de grossesse.

Cette dernière variété, la plus rare et sans contredit la moins grave, est admise depuis peu de temps. Son existence a été surtout établie par l'intéressante observation de M. Gallard, et encore le cas n'était pas pour ainsi dire classique; dans celui que j'ai eu à observer les caractères étaient beaucoup plus tranchés.

La cause déterminante la plus commune pour cette dernière variété réside dans un violent effort fait pendant la période menstruelle; c'est ce qui a eu lieu chez la malade dont je vais rapporter l'observation.

Quant au traitement, je ne saurais partager l'avis de M. Bernutz qui repousse la ponction d'une façon à peu près systématique, sans pour cela invoquer une seule bonne raison; car si elle ne procure pas la guérison, elle soulage considérablement les malades; et on verra que, dans l'observation qui suit, la malade a été soulagée instantanément par cette petite opération; la ponction faite à temps peut aussi prévenir la rupture de la poche et éviter ainsi une péritonite rapidement mortelle.

Mais je pense que le traitement chirurgical, à moins de suppuration évidente, doit s'arrêter là : les injections détersives après les ponc-

tions sont dangereuses comme le prouve bien le cas de Roux, dans lequel une injection d'eau a entraîné la mort par rupture de la poche. L'incision peut avoir des inconvénients non moins grands ; le premier c'est de faire pénétrer l'air dans la poche sanguine, le second, de laisser une porte trop grande ouverte à l'hémorrhagie, si par hasard, comme dans mon cas, on avait affaire à une hématocèle à répétition, car je ne saurais admettre que les poussées successives qu'a eues ma malade, surtout l'une d'elles, n'aient été que le résultat de la congestion des parties voisines à l'époque des règles ; il y a eu, très-évidemment, environ cinq mois après la production de l'hématocèle, une nouvelle hémorrhagie dans la poche.

Nélaton pratiquait la ponction avec un gros trocart. Nonat reprochait à ce procédé de laisser entrer l'air dans la poche sans permettre un libre cours aux produits de l'inflammation et d'exposer ainsi les malades à tous les dangers de l'infection putride.

Ce dernier praticien préférait faire une large incision par le vagin qui permettait d'extraire les caillots et de faire des injections détersives ; mais ce procédé ne me paraît pas devoir être toujours sans inconvénients.

Dans ces procédés d'évacuation par le vagin, on a voulu imiter la nature ; car l'hématocèle peut s'ouvrir spontanément, soit dans le péritoine, soit dans le rectum, soit dans le vagin ; comme de ces trois terminaisons, la dernière est la plus heureuse, il était naturel de choisir pour l'ouverture artificielle la voie du vagin.

Mais il est un autre mode de guérison de l'hématocèle, qui est, sans contredit, le plus avantageux ; c'est la résorption du sang épanché et le retrait graduel de la poche : or, pourquoi ne chercherait-on pas à obtenir cette terminaison par résolution, tout en évitant des douleurs atroces à la malade et en empêchant la terminaison la plus funeste de toutes, c'est-à-dire l'ouverture de la cavité péritonéale.

La ponction aspiratrice avec un trocart pas trop gros remplit parfaitement cette indication ; si, en effet, la consistance du sang renfermé dans la poche n'en permet pas l'évacuation complète, elle permet néanmoins d'en retirer assez pour faire cesser les douleurs et prévenir la rupture.

On n'a pas à craindre la pénétration de l'air, et l'on aura très-peu

à craindre la suppuration ; si elle se produisait, il serait toujours temps d'en venir à l'incision.

Dans le cas que je présente à la Société, quelle était la source de l'hémorragie; résultait-elle, comme le veut Richet, de la rupture d'une varice du plexus utéro-ovarien ou de toute autre cause ? je ne puis faire que des suppositions à cet égard ; cependant ce que je puis affirmer, d'après l'examen attentif des symptômes, c'est qu'elle était indépendante de toute grossesse extra-utérine.

Dans son *Traité des maladies de l'utérus*, Nonat dit qu'on n'a jamais vu l'hématocèle sous-péritonéale avant l'âge de vingt ans ; à ce titre, l'observation que je vais présenter serait une curiosité, puisque ma malade n'avait que dix-sept ans.

OBSERVATION.

L..., lingère, âgée de dix-sept ans, entre à l'hôpital le 19 avril 1878. Cette jeune fille a joui, jusqu'au début de sa maladie, d'une bonne santé ; elle est très-brune, grande, mince, plus maigre que grasse, les chairs sont fermes ; elle ne présente pas les attributs du tempérament sanguin, mais bien plutôt ceux du tempérament nerveux.

Cette malade a été réglée, pour la première fois, le 1er septembre 1877, mais elle avait eu, pendant un an, et tous les mois, les symptômes de la menstruation sans flux sanguin. Ses règles paraissaient pour la seconde fois le 1er octobre, mais cette fois elle ne perd que quelques gouttes de sang. Elles manquent le 1er novembre, et la maladie débute brusquement le 6. Si l'on veut en chercher la cause occasionnelle, on la trouvera peut être dans un violent effort. Cette jeune fille est extrêmement active et travaille beaucoup. La veille ou l'avant-veille du début de sa maladie (elle ne peut préciser), elle a porté un sac de châtaignes pendant l'espace d'environ deux kilomètres. S'étant assise pour se reposer, et voyant venir sa mère, elle a remis précipitamment le sac sur son épaule.

Les douleurs se sont manifestées brusquement le 6, à sept heures du soir, et dès le début elles ont été constituées par des épreintes rectales excessivement douloureuses et par quelques douleurs à

l'hypogastre, sans fièvre. Il y a eu quelques vomissements bilieux, pas de météorisme, pas de douleur abdominale.

Depuis cette époque jusqu'au moment du premier examen qui a eu lieu au commencement de mars, les douleurs ont persisté presque sans interruption. Pendant les trois premiers mois, elles se sont suspendues pendant six jours chaque mois. Depuis le commencement de février elles sont continuelles, ne font qu'augmenter et sont devenues intolérables.

Lorsque je la vois pour la première fois, les épreintes sont si fortes et si douloureuses que la marche est devenue impossible; elle ne peut pas prendre un instant de repos.

En pratiquant le toucher vaginal, on constate qu'il existe une tumeur volumineuse ayant la forme d'un demi-fuseau tronqué, à base supérieure, se perdant dans la cavité abdominale à pointe inférieure arrivant à 3 centimètres de la fourchette.

Cette tumeur est située sur le côté droit du vagin ; elle arrive jusqu'à la ligne médiane postérieure et ne dépasse pas, sur le côté, le plan transversal : l'utérus est repoussé en haut et à gauche, et difficilement accessible.

Le toucher rectal montre que la tumeur proémine considérablement de ce côté où elle semble plus volumineuse que dans le vagin ; des deux côtés elle donne la sensation d'un kyste très-fortement distendu par du liquide et ne donne qu'une très-vague sensation de fluctuation par l'exploration simultanée du rectum et du vagin.

Par le palper abdominal, on sent dans la fosse iliaque droite très-douloureuse à la pression, une tumeur à contours vagues qui vient se terminer en pointe effilée vers le tiers externe du ligament de Falope. Cette tumeur est manifestement située dans la cavité abdominale.

Cette malade n'habitant pas Limoges, je lui conseille d'y séjourner quelques jours pour pouvoir mieux l'observer.

Je la suis attentivement pendant huit jours : les douleurs ne font qu'augmenter ; elle ne peut pas aller à la garde-robe et ne peut dormir un peu que sous l'action du chloral.

Je n'ai pas fait l'examen au spéculum à cause de l'étroitesse des parties qui permettait à peine l'introduction de l'index, laquelle ne se,

faisait pas sans causer de vives douleurs à la malade ; j'avais sans cela assez d'éléments pour établir le diagnostic.

Le début brusque de la maladie, au moment d'une époque menstruelle, les vomissements, l'absence du mouvement fébrile au début, l'intensité des douleurs, et la formation d'une tumeur dans le petit bassin indiquaient assez la nature de la maladie.

Quel en était le siège ?

La forme en fuseau à pointe inférieure, sa position sur la partie postéro-latérale du vagin, la proximité de la vulve dans un point beaucoup plus bas que le cul-de-sac recto-utérin ; le refoulement de l'utérus en haut et à gauche, la tumeur abdominale à contours vagues et se terminant en pointe vers les ligaments de Fallope, ne laissaient pas de doutes sur le diagnostic. C'était évidemment une hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

Les douleurs atroces qu'éprouve la malade,et la certitude du diagnostic m'engagent à intervenir chirurgicalement.

Le 18 mars, assisté par mon père et mon frère, je pratique une ponction vaginale avec l'appareil de Potin ; pour subir cette petite opération, la malade, qui est très-pusillanime, demande à être endormie, ce que nous lui accordons d'autant plus volontiers que l'opération n'en sera que plus sûre et plus rapide.

Après l'anesthésie nous constatons une fluxion manifeste à la partie inférieure de la tumeur ; ce qui tient probablement au relâchement musculaire.

La ponction donne issue à un verre et demi d'un liquide lie de vin, très-légèrement mélangé d'une teinte jaunâtre, à consistance sirupeuse au moment de sa sortie, et qui se prend immédiatement en masse dans le récipient.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent, il sort par l'ouverture du trocart, une assez grande quantité de liquide de même nature.

Immédiatement après la ponction, la malade a été soulagée et les épreintes ont cessé. Les quelques jours qui ont suivi l'opération, il y a eu un peu de fièvre tous les jours dans l'après-midi ; cette fièvre a été combattue par la quinine et le quinquina ; huit jours après l'opération, la malade a pu retourner chez elle dans un état satisfaisant.

Le 29 avril, quarante jours après la ponction, je revois cette ma-

lade que je fais entrer dans mon service d'hôpital pour pouvoir l'observer et tenter, s'il y a lieu, une opération plus radicale. Depuis la ponction, les épreintes qui étaient si insupportables n'ont pas reparu, la tumeur a repris un peu de volume, elle a la même forme et est manifestement fluctuante, la santé générale s'est notablement améliorée. Avant de rien tenter, j'ai voulu laisser passer la période menstruelle qui n'était pas éloignée ; le 9 mars, les règles, qui n'ont manqué qu'une fois depuis le commencement de la maladie, commencent à se montrer.

Le 10, les règles se sont franchement établies pendant la nuit ; depuis hier soir, à sept heures, la malade éprouve de violentes douleurs et les épreintes ont reparu comme avant la ponction.

Le 11, les douleurs n'ont pas cessé un instant depuis la veille au soir, malgré l'administration de 4 grammes de chloral ; les règles continuent à couler : par le toucher vaginal, on constate que la tumeur a considérablement augmenté de volume et est devenue extrêmement dure et tendue ; il s'est manifestement fait un nouvel épanchement dans la poche primitive. Il y a de fréquentes envies de vomir et quelques vomissements : chloral.

Le 12, la malade a passé une meilleure nuit grâce à des injections de morphine.

Le 13, les douleurs n'ont pas pu être calmées par les injections de morphine faites hier au soir ; elles sont intolérables. Craignant une rupture de la poche, je suis poussé à faire une nouvelle ponction, bien que les règles n'aient pas complétement cessé, comptant bien que la fluxion tirant sur sa fin, je n'aurai pas d'hémorrhagie, et espérant m'en rendre maître si elle se produisait par l'application d'une pince hémostatique sur la piqûre du trocart. La ponction qui est faite avec un trocart aspirateur donne issue à 120 grammes environ de sang à demi coagulé, qui se prend immédiatement en masse, ce qui ne permet pas l'évacuation complète de la poche.

Lorsque la malade a été rapportée dans son lit, elle a eu un peu froid et envie de vomir; les douleurs ont cessé presque immédiatement après la ponction et elle a pu manger dans la journée, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs jours. Pendant toute cette journée, il est sorti un peu de sang par la piqûre du trocart.

Le lendemain 14, le sang a cessé de couler, les douleurs recommencent, il y a de l'empâtement du côté droit du bassin.

Le 15, hier à quatre heures du soir, elle a été prise d'un violent frisson; depuis ce moment, les douleurs sont intolérables surtout dans le côté droit de l'abdomen, tellement sensible à la pression, qu'il est impossible de l'explorer; il y a un peu de météorisme, vomissements bilieux depuis ce matin, le facies exprime la souffrance, le pouls filiforme est à 132.

Prescription.—Immédiatement injection hypodermique de 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, grands cataplasmes froids sur le ventre, renouvelés toutes les dix minutes, potion avec 40 grammes de sirop d'opium et dix gouttes d'alcoolature d'aconit à prendre par cuillerées à bouche chaque demi-heure, boissons froides, glace si les vomissements persistent.

Le 16, hier, les douleurs ont été calmées par l'injection de morphine, les douleurs spontanées ont considérablement diminué, mais l'abdomen est toujours extrêmement sensible à la pression, le météorisme a disparu.

Le 17, la malade a eu hier un frisson très-violent; elle se plaint beaucoup moins, mais le ventre est plus développé et est toujours très-douloureux à la pression, les vomissements ne se sont pas reproduits, bien qu'elle ait pris un peu de tapioca; le pouls est à 130, douleur dans la cuisse droite. — Un gramme de sulfate de quinine.

Le 18, vomissements bilieux fréquents et abondants, sensation de brûlure à l'œsophage, pouls à 128, le frisson ne s'est pas renouvelé. On suspendra l'opium et l'aconit et on donnera pour boisson de l'eau au bi-carbonate de soude.

Le 19, sous l'influence du bi-carbonate de soude, les vomissements ont cessé brusquement; ils reparaissent de nouveau le 20 au soir en même temps qu'il se produit une augmentation du mouvement fébrile; la quinine n'a pas été régulièrement administrée.

Le 22, il y a un mieux sensible; le pouls est à 92, mais faible; le ventre est beaucoup moins douloureux à la pression, et s'est un peu affaissé; la malade recommence à se plaindre de gêne dans les parties, occasionnée par la tumeur, ce qu'elle n'avait pas fait depuis le

début de sa péritonite ou de son accès de péritonisme pour ceux qui regardent cette affection comme distincte de la péritonite, mais qui, pour nous, n'est que le premier degré de l'inflammation, c'est-à-dire l'hyperhémie de la séreuse ; elle prend régulièrement un gramme de sulfate de quinine par jour.

Le 24, le mieux se maintient, le pouls est à 82 ; on diminue la dose de quinine.

Le 1er juin, la malade se plaint toujours de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, il y a de la fièvre tous les soirs ; par le toucher vaginal le doigt a peine à atteindre la tumeur qui a considérablement diminué de volume.

La malade sort, le 24 juin 1878, après avoir eu, vers le 4 juin, une nouvelle crise douloureuse avec fièvre et envie de vomir ; je l'examine au moment de sa sortie et je trouve que la tumeur est revenue sur elle-même, qu'elle est bosselée et dure, à consistance presque ligneuse.

J'ai revu plusieurs fois cette malade depuis sa sortie de l'hôpital ; pendant au moins six mois, à l'époque des règles qui n'ont jamais manqué, elle a eu des recrudescences de douleur avec un peu de fièvre et des nausées.

La dernière fois que je l'ai vue, c'était au mois de juin dernier, un an après sa sortie de l'hôpital, dix-neuf mois après le début de la maladie, elle ne souffrait plus et ne conservait qu'un peu de gêne dans le côté droit, ce qui ne l'empêchait pas de marcher et de vaquer à ses occupations ; elle allait si bien que je l'ai rencontrée visitant l'Exposition régionale.

LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DANS L'INFECTION PUERPÉRALE (1).

Les injections intra-utérines, employées dans le but de combattre les accidents graves des suites de couches, ont surtout été employées et étudiées en Allemagne et en Angleterre.

1. Au moment où la communication de M. Lalesque, sur la valeur thérapeutique des injections intra-utérines après l'accouchement, vient de donner lieu à une intéressante discussion à la Société clinique l'article suivant, excellent résumé de la question emprunté au courrier médical, sera lu avec intérêt.

En France, il semble qu'il y ait eu toujours un peu de répugnance à leur égard et cela, sans aucun doute, à cause des opinions qui ont régné et règnent encore dans l'esprit de beaucoup de gens sur la nature de la fièvre puerpérale. En 1858, l'Académie de médecine discuta cette grande question de la *fièvre puerpérale* et les orateurs qui prirent la parole se divisèrent absolument sur ce sujet. Ainsi les uns, comme Paul Dubois, Depaul, Danyau, Trousseau, disaient que la fièvre puerpérale était une réalité dont l'*essence* était inconnue et la cause insaisissable comme celle du choléra, du typhus. Pour ces illustres médecins le point de départ n'en était jamais dans les métrites et péritonites, ni dans la pyohémie des femmes en couches, non plus que dans la suppression des lochies et de la sécrétion du lait. Pour Trousseau, la fièvre puerpérale était une maladie spécifique, frappant également les individus qui ne sont pas dans des conditions de puerpéralité. On a qualifié ceux qui soutenaient cette opinion d'*essensialistes* tandis que le nom de *localisateurs* s'appliquait à Beau, Pyorry, Cazeaux, Pidoux, Velpeau, qui soutenaient que la fièvre puerpérale n'était autre chose qu'une phlegmasie de l'utérus ou le plus souvent du péritoine, consécutive au traumatisme de l'accouchement.

Cette opinion est l'opinion moderne, mais on comprend facilement qu'elle ne règne pas encore absolument et il en résulte cette conséquence que le traitement des accidents puerpéraux par des moyens locaux comme les injections intra-utérines reste sans écho. Si l'infection puerpérale est essentielle et indépendante d'une lésion matérielle de l'utérus, il est inutile de chercher à modifier par un agent médicamenteux quelconque la surface interne de cet organe.

Le traitement des accidents puerpéraux, sous l'empire de ces opinions essentialistes, est ainsi apprécié par M. Depaul : « C'est un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement de la fièvre puerpérale est encore à trouver. »

L'opinion qui tend aujourd'hui à prévaloir et qui a pour conséquence une thérapeutique nouvelle est la suivante : la fièvre puerpérale n'est pas une entité morbide, c'est une série d'accidents locaux et généraux qui reconnaissent pour cause l'absorption de matières septiques à la surface des solutions de continuité du canal

utéro-vaginal. Cette absorption a, pour voie habituelle, les veines et les vaisseaux lympathiques.

D'après Quinquaud on rencontrerait par ordre de fréquence : la péritonite, la phlébite, la lymphangite, le phlegmon diffus, l'érysipèle, la pleurésie, les phlébites périphériques, la gangrène, l'éruption scarlatinoïde, la méningite, l'endocardite et enfin la dégénérescence aiguë du foie et des reins. Quant aux matières infectieuses, elles proviennent de la femme elle-même : *auto-infection*, ou bien dudehors, du milieu dans lequel elle se trouve.

Ces vues nouvelles sur la fièvre puerpérale devaient conduire le praticien, surtout depuis l'introduction de la méthode antiseptique, d'une part, à placer la femme en dehors des conditions d'un milieu infectieux, tel qu'une salle d'hôpital, ce qui est du domaine de l'hygiène, et de la prophylaxie des accidents puerpéraux, et, d'autre part, à combattre directement cette absorption si souvent fatale.

Les injections intra-utérines ont été l'objet de nombreux travaux. En France, tout récemment, le Dr Joanny Rendu a publié, sur ce sujet, un travail très-intéressant, qui résume la pratique de ses maîtres de la Faculté de Lyon.

M. J. Rendu examine les objections faites à l'emploi des lavages intra-utérins, et qui sont les suivantes :

Le liquide peut pénétrer dans la cavité péritonéale par les trompes de Fallope ?

Rien n'est prouvé à cet égard, et si quelques cas ont été cités et ont de suffisants caractères d'authenticité, ils sont tellement rares que, dans une maladie aussi grave, il est permis de négliger cet accident. Jamais, d'ailleurs, les expériences n'ont pu démontrer ce passage si redouté.

Les injections intra-utérines produisent des hémorrhagies ?

Cette objection est plutôt théorique. On pouvait craindre que le liquide injecté ne déplace les caillots oblitérant le sinus et qu'une hémorrhagie plus ou moins grave ne se produise. Or, les médecins qui ont le plus d'expérience de ce mode de traitement déclarent avoir observé cet accident très-rarement. Il faut, d'ailleurs, pousser le liquide dans l'utérus avec une force modérée. M. Rendu a fait lui-

même plus de cinquante lavages utérins et jamais il n'a vu d'hémorrhagies se produire. Il injectait 1 litre et $^1/_2$ à 2 litres de liquide, à l'aide d'un grand irrigateur Éguisier, qu'il ouvrait d'abord à moitié et ensuite en plein.

L'air peut-il entrer dans le sinus utérin ?

Ce serait là incontestablement un accident des plus graves. Ce qui a donné lieu à cette crainte, ce sont les cas de mort subite qu'on observe quelquefois après l'accouchement. Cependant, excepté un seul cas, toutes les observations de mort subite ont eu lieu en dehors de toute espèce d'injection.

On a dit encore que *les injections intra-utérines produisaient des frissons, des métrites, des péritonites.*

Pour soutenir cette objection, il faudrait des faits, des observations, et c'est précisément ce qui manque aux adversaires du traitement que nous étudions ici.

On peut dire que l'observation clinique établit l'innocuité des lavages intra-utérins.

A Lyon, Laroyenne a fait pratiquer ces injections chez plus de *quinze cents femmes*, et sur ce nombre considérable, il n'a observé que deux accidents, mal définis : douleurs internes vives au moment de l'injection et durant toute la journée.

Le professeur Carnofski, de Saint-Pétersbourg, a employé les lavages intra-vaginaux dans plus de *huit cents cas*, et il n'a pas eu plus d'accidents.

Les professeurs Schroder et Gusserow, de Berlin, tous deux grands partisans des injections utérines, signalent quelquefois des accidents légers. Le premier, dans plus de *mille* lavages intra-utérins, a observé quelques frissons et quelques hémorrhagies, mais toujours sans suites fâcheuses. Le second, chez plus de *cents cinquante* femmes, a remarqué une quinzaine de fois des frissons, mais sans augmentation de la température, et sans conséquence.

A Breslau, Spiegelberg, sur plus de *quinze cents* accouchées traitées par les lavages intra-utérins, ne note que quelques frissons, et une fois des phénomènes de syncope suivis de guérison. Il dit cependant avoir vu un autre cas de syncope terminé par la mort, mais il ne donne aucun renseignement sur la maladie et ses

antécédents, ce qui atténue beaucoup la portée de ce fait unique.

Pour rendre plus frappante, plus évidente encore si c'est possible, dit M. Rendu, l'innocuité de cette méthode thérapeutique, qu'on veuille bien nous permettre une réflexion. Les chiffres de 100, 400, 800, etc., que nous venons de rapporter, forment un total de 5,500; ils s'appliquent aux malades qui ont été soumises à ce traitement, et non pas au nombre des irrigations pratiquées; par conséquent, en admettant que chacune de ces femmes ait reçu seulement cinq injections (ce qui est certainement au-dessous de la moyenne, puisque la plupart du temps on en fait au moins deux par jour) nous arrivons au chiffre rond de *vingt-cinq mille lavages utérins*. Que l'on rapproche maintenant de ce chiffre imposant, les quelques accidents, d'ailleurs sans gravité, de frissons ou d'hémorrhagies, signalés plus haut, et l'on verra si l'appréhension de ces derniers doit peser pour quelque chose dans la balance. Nous en dirons autant de la crainte que l'on a de pousser le liquide par les trompes jusque dans le péritoine, de faire pénétrer de l'air dans les veines, et d'occasionner des métrites et des péritonites.

Les injections intra-utérines, nous pouvons l'admettre, sont donc presque absolument inoffensives. Mais nous pouvons dire encore qu'elles sont très-utiles et que leur usage devrait se généraliser toutes les fois qu'il survient des accidents fébriles.

Quelques accoucheurs, partisans de cette méthode, s'appuyant sur le double fait de l'innocuité des injections et de l'existence d'une plaie utérine, porte d'entrée de l'infection, estiment que dans tous les cas on devra employer les lavages intra-utérins comme moyen prophylactique. Les résultats obtenus n'ont pas été défavorables.

MM. Laroyenne, Depaul, Pajot et Rendu pensent qu'il est préférable, lorsque l'accouchée va bien, de la laisser reposer entièrement.

Voici cependant des cas où leur emploi prophylactique est légitimé selon MM. Laroyenne,Schroder et Rendu; c'est lorsque la femme a été touchée fréquemment par l'accoucheur ou la sage-femme, surtout dans une Maternité et en temps d'épidémie; lorsque l'accouchement s'est prolongé et a nécessité l'introduction de la main ou d'instruments quelconques dans les voies génitales; quand il y a rétention totale ou partielle du placenta et des membranes; et lorsque enfin, à

la suite d'hémorrhagies ou de toute autre cause, les lochies, plus ou moins altérées dans leur couleur, prennent un caractère de fétidité inquiétant, ou sont retenues dans la matrice ; en un mot, toutes les fois que l'on a des raisons pour penser que des produits septiques ont pu être déposés sur la plaie génitale. Deux lavages antiseptiques par jour rempliront alors à peu près l'indication.

Mais, en dehors de ces cas, passons en revue, avec M. J. Rendu, les affections dans lesquelles ces lavages utérins doivent être employés, comme traitement *curatif*. Puisque nous admettons que l'utérus est le foyer de toutes, ou de presque toutes les maladies puerpérales, il suit de là que, dans la plupart de ces affections, nous devrons avoir recours, *dès le début*, à ce moyen rationnel ; l'expérience, du reste, établit que l'on obtient souvent ainsi, d'excellents résultats. Loin de nous la pensée de prétendre guérir par les lavages utérins tous ces accidents fébriles redoutables des suites de couches! Les conséquences possibles du phénomène normal de l'accouchement, même en dehors des hémorrhagies, resteront probablement toujours une cause de mort pour la femme. Mais bon nombre des malheureuses qui succombent actuellement à ces accidents fébriles seront sauvées par l'administration sage d'irrigations utérines bien pratiquées. (J. Rendu.)

A propos de l'infection purulente, voici ce que disait Béhier, dans ses *Leçons sur les maladies des femmes en couches :* « Contre l'infection purulente, je ne sais rien de bon ; tous les efforts doivent tendre à conjurer son développement. La voie dans laquelle il faut marcher c'est, selon moi, dans les soins à donner à la plaie utérine : hâtez sa cicatrisation ; empêchez, dans l'utérus, le séjour du sang, du pus, du mucus ; empêchez l'altération, la viciation de ces produits normaux ou pathologiques, et vous ferez beaucoup pour la guérison. Mais comment arriver à ce résultat ?... Il faut surtout chercher les procédés capables de rendre faciles les injections, à la surface interne de l'utérus. » Nous sommes trop heureux de nous ranger à l'avis d'un pareil clinicien : nous pensons, en effet, que l'infection purulente, à son début surtout, est une des maladies puerpérales les plus justiciables des lavages utérins. Nous en dirons autant de l'infection putride qui est liée, le plus souvent, à la présence dans l'utérus de caillots altérés,

ou de débris des membranes ou du placenta putréfiés. On sait d'ailleurs que quelques auteurs considèrent ces deux affections, comme des formes particulières d'une seule maladie, la *septicémie*.

Après ces maladies, qui portent sur l'économie tout entière, nous signalons les affections limitées aux organes mêmes de la génération, c'est-à-dire, l'endométrite suppurée, l'endométrite pseudo-membraneuse ou diphthérique, la putrescence et la gangrène de l'utérus, enfin, la métropéritonite.

Manuel opératoire. — L'appareil instrumental est fort simple : il se compose 1° d'un conducteur utérin, et 2° d'un récipient.

1° *Conducteur utérin.* — Le col utérin est assez largement entr'ouvert les premiers jours de l'accouchement, pour qu'on puisse se servir d'une sonde ordinaire sans s'exposer à voir le liquide rester dans l'utérus. Toutefois, pour éviter cette circonstance fâcheuse, il est bon d'avoir à sa disposition des sondes à double courant de différentes grosseurs.

2° *Récipient.* — Il peut consister en une seringue de grandes dimensions, de métal ou de verre, ou bien en un vase quelconque tenu à une certaine hauteur au-dessus de la malade, et muni d'un tube flexible en communication avec la sonde ; mais nous préférons de beaucoup l'irrigateur Éguisier, plus simple, et que l'on a toujours sous la main. Un cylindre de caoutchouc servira au besoin à relier le pavillon de la sonde au tube d'apport. Enfin une bassine, ou une cuvette placée sous la malade, recevra le liquide qui aura baigné les parties génitales.

DU LIQUIDE DES LAVAGES UTÉRINS.

1° *Nature du liquide.* — Nous avons dit que ces lavages seraient désinfectants. Pour atteindre ce but, nous avons à notre disposition ; le vin aromatique pur ou étendu d'eau, l'infusion de camomille additionnée d'hypochlorite de soude, l'eau alcoolisée, l'eau chlorurée, etc. Parmi les désinfectants les plus actifs, nous trouvons : les solutions de nitrate de plomb au $^1/_{100}$, d'hyposulfite de soude, employé par Stoltz, le

coaltar saponiné, la teinture d'iode étendue d'eau (Dupierris), la poudre de charbon de bois mélangée à de l'eau dans la proportion de 2 grammes pour 150 de liquide (Eisenmenger), préparation à laquelle on pourrait associer utilement le bismuth ou le quinquina, etc. Mais trois autres liquides ou solutions : acide phénique, acide salycilique et permanganate de potasse, possèdent surtout, comme nous l'avons vu, la faveur des praticiens. M. Rendu s'est servi uniquement de l'acide phéniqne, et les résultats ont toujours été favorables. Une solution de 5 °/₀ pourra être employée, lorsqu'on voudra agir énergiquement sur un utérus infecté ; on se contentera, pour les lavages ultérieurs, d'une solution de 2 °/₀. Enfin, on aura également recours à cette dernière, dans les irrigations prophylactiques.

2° *Température.* — Ces irrigations désinfectantes se donneront tièdes. Toutes celles que nous avons pratiquées, cependant, étaient à la température de la salle, c'est-à-dire assez froides, et n'ont été suivies d'aucun accident. Néanmoins il est préférable qu'elles soient à 20 ou 25 centigrades.

3° *Quantité.* — La quantité de liquide employée variera avec les circonstances : 1, 2, 3 litres, et plus, s'il le faut. La règle générale est qu'il faut continuer l'irrigation jusqu'à ce que le liquide ressorte tel qu'il est entré. La quantité par conséquent sera moindre si l'on répète les lavages fréquemment. Dans un but préventif, deux irrigations par jour, d'un litre et demi environ, seront suffisantes. Mais dans les cas d'infection putride, liés à la présence dans l'utérus de caillots ou de débris placentaires putréfiés, il sera prudent d'en faire au moins trois dans les vingt-quatre heures.

Enfin, une seule suffira quelquefois pour arrêter tout le processus morbide ; c'est ce qui arrive surtout dans les cas de rétention des lochies, occasionnée par des changements de position de la matrice, ou par la présence d'un caillot oblitérant l'orifice interne du col, etc. La durée du traitement sera naturellement proportionnelle à l'intensité de la maladie.

POSITION A DONNER A LA FEMME. — OPÉRATION.

1° *Position à donner à la femme.* — On fait rapprocher la femme du bord du lit, et l'on place sous son siège un coussin résistant, qui facilitera l'abaissement du pavillon de la sonde. Les membres inférieurs sont ensuite enveloppés dans des couvertures chaudes, pour éviter le refroidissement, puis écartés et à demi fléchis sur le bassin. En laissant ainsi la femme dans le décubitus dorsal, on réalise, comme le fait remarquer Schroder, la position dans laquelle l'entrée spontanée de l'air dans l'utérus est le moins facile.

2° *Opération.* — Étant placé à la droite de la malade, on porte l'extrémité de l'index de la main droite que l'on tient en suppination, jusque sur la lèvre postérieure du col. Ceci fait, un aide présente la sonde ajustée, comme nous l'avons vu, au tube de l'irrigateur. De la main gauche, on la saisit près du pavillon, et, pour bien éviter de pousser de l'air dans la cavité utérine, on ouvre le jet avant d'en faire pénétrer le bec dans le vagin. On conduit alors celle-ci doucement, sur la face palmaire de l'index, jusqu'à l'orifice externe, que l'on franchit, ainsi que l'orifice interne, avec le plus de ménagement possible. Il n'est pas nécessaire de dépasser ce dernier de plus de 5 ou 6 centimètres, car on s'exposerait à heurter la paroi utérine, ce qu'il faut soigneusement éviter. On donne alors au jet la force que l'on juge convenable, tout en imprimant à la sonde de légers mouvements de rotation sur son axe, pour bien nettoyer également toute la surface de la muqueuse utérine.

Il est prudent dans chaque lavage de commencer par ouvrir le jet à moitié. Il est prudent, toujours par crainte de l'entrée de l'air, de retirer la sonde avant l'épuisement complet du liquide ; on en profite alors, surtout s'il y a des plaies, pour irriguer le vagin, et en dernier lieu la vulve.

En résumé si les lavages intra-utérins ne constituent pas une méthode curative de l'infection puerpérale, ils sont au moins et à l'heure actuelle le meilleur moyen d'en atténuer la gravité et parfois d'en prévenir l'éclosion. Leur usage accepté par un grand nombre de gynécologistes français et étrangers mérite d'être connu et vulgarisé.

Dr P.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

LECTURE.

M. Péan lit, à l'appui de sa candidature pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, une note sur les *grandes tumeurs kystiques et fibro-cystiques non cancéreuses de l'utérus.*

Il les divise en trois variétés : 1° les tumeurs par rétention due à l'oblitération temporaire ou permanente ou à des atrésies congénitales ou accidentelles du col de l'utérus. Parmi ces dernières, il insiste surtout sur les tumeurs de la muqueuse qui forment un bouchon au-dessus duquel les liquides normalement exhalés sont retenus. A ce sujet, il rappelle l'observation de l'intéressante malade qu'il a présentée dernièrement à l'Académie et dont il avait montré les pièces, le jour même de l'opération, trois années auparavant (nous avons publié cette observation avec l'examen histologique fait par M. Robin, voir *Gazette des Hôpitaux* 1878).

La seconde variété comprend les tumeurs utéro-cystiques. On sait que ce nom a été donné par l'auteur aux kystes développés dans l'épaisseur des fibres musculaires du col ou du corps de l'utérus et qui sont susceptibles comme les précédentes, en se développant du côté de l'abdomen, d'acquérir un assez grand volume pour compromettre l'existence. Il insiste sur la difficulté du diagnostic de ces sortes de tumeurs, sur l'utilité de les respecter tant qu'elles

peuvent être aisément tolérées par l'organisme et sur les avantages que donne l'hystérectomie quand leur grand volume met la vie en danger.

La troisième variété comprend les tumeurs fibro-cystiques. Il a désigné autrefois sous ce nom les tumeurs à la fois fibreuses et kystiques qui se développent dans le corps et dans le col de l'utérus. Après avoir insisté sur leur diagnostic, il établit que, s'il convient de respecter ces tumeurs tant qu'elles sont peu volumineuses et qu'elles ne compromettent pas la vie, il ne faut pas hésiter, dans le cas contraire, à les combattre par un traitement chirurgical. Il propose, en conséquence, d'ouvrir ou même d'enlever par la voie vaginale celles qu'il est possible d'atteindre de ce côté. Il note en passant, comme il l'a fait observer pour une malade présentée récemment à l'Académie, que si ces tumeurs sont sessiles, larges, trop profondément situées pour être extraites, il ne faut pas, lors même que la partie kystique constitue la presque totalité de la tumeur, trop attendre du traitement par l'incision et par la suppuration.

Lorsque la tumeur se développe du côté de l'abdomen et acquiert un assez grand volume pour compromettre l'existence, il démontre que l'hystérectomie seule peut donner des chances sérieuses de guérison. Lorsque la portion liquide de la tumeur prédomine, une incision courte faite aux parois abdominales et la ponction des loges suffisent pour extraire la tumeur. Quand, au contraire, la partie solide est tellement volumineuse que, pour l'extraire, il faudrait prolonger l'incision jusqu'à l'épigastre, il a obtenu les meilleurs résultats de son procédé de morcellement qui permet de diminuer le volume de la tumeur sans augmenter la durée de l'opération et en mettant à l'abri des hémorrhagies. C'est sans doute parce que les chirurgiens qui ont appliqué son procédé l'ont fait autrement que lui qu'ils en ont obtenu des résultats moins favorables.

En terminant, M. Péan donne la statistique des quarante-six hystérectomies qu'il a pratiquées en vue d'enlever des tumeurs solides et liquides de l'utérus ; elles se répartissent ainsi : fibromes, 32 ; hypertrophie, 1 ; tumeurs fibro-cystiques, 8 ; tumeurs utéro-cystiques, 4 ; tumeur par rétention, 1. Or il résulte de sa pratique que, comme le faisait dernièrement observer M. Duplay à l'Académie, les hystérectomies sont bien autrement favorables pour les tumeurs kystiques et fibro-cystiques que pour des tumeurs entièrement solides.

Tandis que les 33 hystérectomies pratiquées pour fibromes et hypertrophie ont donné 21 guérisons et 12 insuccès, sur 8 tumeurs fibro-cystiques il a eu 5 guérisons et 3 insuccès. Les quatre tumeurs utéro-cystiques lui ont donné 4 guérisons, et celle dans laquelle il y avait à la fois tumeur par rétention et kyste interstitiel de l'utérus a été également suivie de guérison.

Cette proportion de 10 guérisons pour 13 opérées est, comme on le voit, bien plus favorable que la statistique générale qui nous vient de l'étranger; aussi l'auteur fait-il observer que ces résultats sont encourageants, puisqu'il considère comme relativement rares les cas dans lesquels les fibromes nécessitent l'intervention chirurgicale, tandis que la marche des tumeurs fibro-cystiques et utéro-cystiques est bien autrement menaçante.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 juin 1879.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

MYOME KYSTIQUE DE L'UTÉRUS. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Par LEVRAT, interne des hôpitaux.

B... Marie, quarante-sept ans, entrée le 23 mai 1879, salle Sainte-Marthe. Réglée régulièrement et très-abondamment jusqu'à ce jour.

La malade était entrée dans le service de M. Féréol pour une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. M. Féréol l'envoya en chirurgie, s'étant aperçu d'une tumeur abdominale. Cette tumeur avait à peu près le volume d'un utérus à sept mois et remontait à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde; les flancs étaient libres des deux côtés.

En l'examinant, M. Duplay fut frappé de ce que la tumeur présentait sur les côtés la consistance d'un fibrome et paraissait en

même temps fluctuante en avant. L'utérus, exploré par le toucher, était porté très-haut; il était difficile à atteindre et à explorer, il était impossible d'avoir aucune notion du corps de l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur correspondaient à l'utérus. On n'atteignait pas davantage l'utérus par le toucher rectal.

On fit une ponction exploratrice destinée à préciser le diagnostic; il sortit 2,250 grammes d'un liquide brunâtre, de consistance sirupeuse; à la fin, un peu de sang presque pur. On cesse la ponction; il reste une tumeur volumineuse.

La malade eut quelques accidents à la suite de cette ponction: fièvre, frissons, qui se calmèrent, puis survinrent des troubles respiratoires. La malade mourut d'embolie pulmonaire, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

Mais en examinant la tumeur abdominale, voici ce que l'on trouva: Une tumeur revêtue du péritoine, et sur les parties latérales de laquelle les ailerons du ligament large étaient appliqués comme sur un utérus gravide.

Pas d'adhérences à la partie postérieure de la masse et la main descendait librement dans le petit bassin.

A la partie antérieure, la tumeur adhérait à la face postérieure de la vessie; il fallut en quelque sorte la scalper.

A la partie postérieure, on trouve l'utérus très-allongé, dont la face postérieure est libre et les cornes bien visibles.

En coupant la tumeur, il s'écoule un liquide d'un rouge noir, absolument sanglant. Parois épaisses de 3 à 4 centimètres. La surface externe de la tumeur a l'aspect de la surface externe de l'utérus recouverte du péritoine.

Toute l'épaisseur de la paroi est formée de lames superposées, d'apparence cellulo-musculaire, on dirait une série de lames de myôme utérin, séparées les unes des autres par un tissu cellulaire lâche, permettant leur glissement. La coupe, à la partie supérieure à la jonction avec la paroi utérine, triple d'épaisseur, et cette augmentation de volume est due à la présence d'un myôme presque énucléable dont les faisceaux, au lieu d'être en lame, sont enchevêtrés comme ceux des myômes ordinaires. Dans les interstices cellulaires de la paroi, on trouve des quantités de vaisseaux sanguins très-dilatés.

La surface interne est lisse, d'apparence muqueuse, de coloration brunâtre, recouverte en certains points de lamelles minces ressem-

blant à des stratifications de fibrine (due peut-être à l'hémorrhagie intra-kyctique). D'une façon générale, cette surface ressemble à la paroi d'un kyste hématique, ce qui est en rapport avec les données fournies par la ponction.

M. Quinquaud. Les myômes utérins avec kystes hématiques ne sont pas excessivement rares. Pour ma part, j'en ai observé deux cas : l'un dans le service de Lorain, l'autre dans le département de la Creuse. La première malade a succombé six semaines après la ponction, qui avait beaucoup amélioré son état, à tel point qu'elle pouvait vaquer à ses occupations, alors qu'avant l'évacuation, elle restait assise ou dans son lit. La seconde malade éprouvait dans les deux reins des douleurs atroces, assez semblables aux douleurs de l'accouchement, et cela depuis une quinzaine au moins, ce qui produisait des insomnies rebelles, ayant amené une sorte de cachexie remarquable. Je lui fis une ponction qui donna issue à 5 litres de liquide brunâtre sépia ; le soulagement fut immédiat, la malade put reprendre son travail des champs et succomba, six mois après, à une pneumonie. La nécropsie ne put être faite.

Le diagnostic est parfois d'une difficulté énorme entre une tumeur kystique de l'ovaire et une tumeur kystique de l'utérus ; il est cependant des moyens qui peuvent aider à établir un diagnostic rationnel ; je veux parler de l'examen du sang, d'une part, et de l'analyse chimique et histologique du liquide évacué par la ponction.

En effet, dans les kystes simples de l'ovaire, l'hémoglobine ne descend guère pendant la période d'état au-dessous de 90 grammes, tandis que dans les tumeurs kystiques de cet organe l'hémoglobine arrive à 72 grammes.

Dans le premier cas, les matières solides du sérum restent à 76 grammes, dans le second, plus souvent à 80 grammes, même dans les dégénérescences épithéliales.

Dans les myômes utérins avec kystes hématiques, l'hémoglobine descend souvent au-dessous de 66 grammes, les matières solides arrivent à 70 grammes. Dans le liquide du kyste de l'ovaire, on trouve de la paralbumine, qui donne une consistance visqueuse filante ; elle n'est pas précipitée par l'acide acétique ni par le sulfate de magnésie ; l'alcool la précipite de la solution aqueuse en flocons granuleux ; la chaleur ne la coagule pas complétement. Si on laisse pendant deux jours le coagulum en présence de l'alcool et si on filtre, les flocons se dissolvent à 35° centigrades au bout de deux heures.

Dans ce même liquide, on précipite par l'alcool la métalbumine qui, redissoute dans l'eau, donne une solution oléagineuse; par l'évaporation à 40°, on a la métalbumine avec paillettes brillantes ; elle diffère donc de l'albumine ordinaire, parce qu'elle se redissout dans l'eau après avoir été précipitée par l'alcool.

On y trouve encore l'hydropisine précipitée par le sulfate de magnésie; le précipité redissous dans l'eau donne une solution gommeuse, non filante, coagulable par l'alcool.

Le *liquide* donne 1/40 à 1/20 de résidu sec. De plus, on y voit souvent par transparence des points brillants nombreux. Ce sont des cristaux de cholestérine pour la plupart. Ce fait ne se rencontre pas dans les myômes utérins ; on peut rencontrer de la cholestérine sur les parois du kyste ou au fond du vase contenant le liquide du myôme, mais on ne voit pas ces paillettes en aussi grand nombre nager dans le vase qui le renferme.

Dans le liquide du myôme kystique il n'y a pas de paralbumine, pas d'hydropisine, pas de métalbumine. Souvent, dans le liquide ovarique, on rencontre des cellules épithéliales nettes ou déformées. Rien de semblable n'existe dans le liquide du myôme utérin. Donc, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic pourra être établi à l'aide de ces deux moyens d'investigation.

M. Terrillon demande à M. Quinquaud s'il maintient la distinction capitale, au point de vue de la cholestérine, qu'il fait entre le liquide des kystes ovariques et celui des myômes kystiques.

M. Quinquaud. Quand on trouve dans le liquide d'un kyste de l'abdomen une *quantité considérable de cholestérine,* on doit porter le diagnostic de *kyste de l'ovaire.*

Séance du 13 juin 1879.

ANUS CONTRE NATURE OMBILICAL CONSÉCUTIF A LA LIGATURE DU CORDON. — DOUBLE INVAGINATION.

Par le docteur MOTTE, de Dinant.

Cette pièce a été adressée à la Société de chirurgie par le Dr Motte, de Dinant (Belgique). Elle a été recueillie sur le cadavre d'un enfant

de un mois, mort avec des symptômes d'étranglement, cinquante-deux heures après sa formation.

Le Dr Motte vit l'enfant quinze jours après la naissance : le cordon était tombé ; une fistule stercorale ombilicale s'était formée et, consécutivement, une invagination grosse comme le pouce, saillante de 0 m. 04 et jetant des matières comme le bout supérieur de tout anus contre nature. Toutes les recherches faites pour découvrir le bout inférieur furent vaines et l'observateur crut avoir sous les yeux un simple renversement, analogue à une chute du rectum, d'un diverticule intestinal d'origine vitelline.

M. Motte traita cette proéminence par la compression et son orifice par la cautérisation. Mais, pendant une nuit de cris et de souffrances, la tumeur prit un nouveau développement ; en outre, une seconde saillie se montra au-dessus et à gauche du pédicule de la première et faisant avec celle-ci une espèce de fourche à dents courbes, ressemblant assez bien à une S horizontale attachée par le milieu à l'anneau ombilical. M. Motte ne parvint pas à apercevoir l'orifice de la deuxième invagination et se trouva fort embarrassé, on le conçoit sans peine.

L'examen anatomique a montré que l'intestin grêle avait été ouvert par la ligature du cordon, à 0 m. 25 du cœcum, que l'ouverture occupait le bord libre, pouvait recevoir le bout du doigt et adhérait assez intimement à l'anneau ombilical. Il a été impossible de trouver des traces évidentes d'un diverticule intestinal, que la ligature aurait sectionné, dans ce cas, très-près de l'intestin.

Quel qu'ait été le mode de formation de la fistule stercorale, le bout supérieur, qui s'était d'abord invaginé, l'était sur une longueur totale de 0 m. 16 formant par conséquent un cylindre contourné long de 0 m. 08 ; le bout inférieur, renversé le dernier, présentait une saillie contournée longue de 0 m. 10 environ. De sorte que, presque toute la portion de l'iléon située entre la perforation et le cœcum était invaginée.

L'adossement des séreuses d'une part, et l'étranglement d'autre part, avaient donné lieu à des adhérences partielles, à la production d'épaisses fausses membranes et, dans le bout inférieur, à une accumulation de liquide assez considérable pour que M. Motte ait pu comparer cette proéminence pour la forme et la tension, à une vessie de poisson.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX.

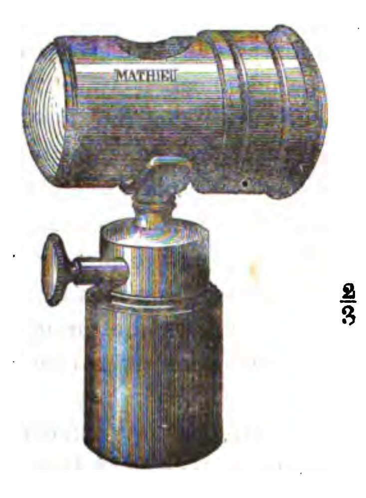
Séance du 23 *janvier* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. GUENEAU DE MUSSY.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. le Dr Debove présente un éclaireur médical construit par M. Mathieu. Cet appareil fonctionne avec de l'essence minérale et donne une vive lumière.

Quand on ne se sert pas de cet éclaireur, le réflecteur vient couvrir et protéger la lentille; la lampe se place dans le corps même de l'éclaireur. L'appareil a donc l'avantage d'être peu volumineux et très-portatif.



2/3



REVUE DE LA PRESSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AVORTEMENT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Par le docteur J. CASTIAUX (*Bulletin médical du Nord*, novembre 1879).

Chargé d'examiner le corps d'une femme décédée à Lille, à la suite de manœuvres abortives, M. Castiaux trouva dans le cul-de-sac postérieur du vagin une perte de substance de forme ovalaire, dont le diamètre, long de 3 centimètres et demi, était parallèle à l'axe du canal et situé sur la partie médiane de la paroi. Le bord supérieur de cette ulcération est distant de 1 cent. de la lèvre postérieure du col ; ses bords sont nettement découpés, taillés à pic. D'autre part, le cul-de-sac du péritoine qui plonge en arrière de l'utérus jusqu'au contact de la paroi postérieure du vagin est rempli de pus et de fausses membranes et communique largement avec la grande cavité péritonéale enflammée. De plus, au fond de ce cul-de-sac, on aperçoit une ouverture circulaire par laquelle une sonde de femme pénètre facilement dans le vagin. L'utérus n'offre aucune trace de blessure. Dans le fond de la cavité on voit la trace évidente de l'insertion d'un placenta peu développé. Cette insertion indique une grossesse évidente, la béance du col un avortement récent.

M. Castiaux discute avec soin la nature et l'origine de la perforation du cul-de-sac vaginal et il arrive à ces conclusions : cette ulcération ne s'est pas produite de dedans en dehors ; elle est le résultat éloigné d'un traumatisme directement exercé sur la muqueuse qui a pu se produire dans les circonstances suivantes. Dans le but de provoquer un avortement, il a été introduit jusqu'au col de la matrice une tige rigide. La lèvre postérieure étant très-petite a pu induire en erreur la main peu exercée ; c'est alors que l'instrument s'est fourvoyé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, a lésé la muqueuse en plusieurs points, puis a glissé au-dessous de celle-ci pour arriver

jusqu'au cul-de-sac du péritoine au lieu de pénétrer dans la cavité utérine. Cette lésion a été la cause déterminante de la péritonite qui, d'après les commémoratifs, a débuté quelques heures après. Cette péritonite à son tour donne la raison de l'aspect présenté par la perte de substance.

L'avortement est certain, d'après l'aspect de l'utérus et de l'insertion placentaire; il ne remonte pas au delà de trois semaines et il a été causé par la péritonite.

La sage-femme a été acquittée par la cour d'assises du département du Nord et cependant les conclusions du rapport n'ont pas été attaquées un instant. Le respect de la chose jugée ne nous empêche pas de trouver très-bien déduites les conclusions de M. Castiaux. L'auteur fait surtout remarquer le point le plus curieux de cette observation, la perforation du cul-de-sac postérieur du vagin ; cette lésion devrait être fréquente et cependant M. Castiaux n'a pu retrouver dans les auteurs de faits analogues. (*France médicale*)

DE LA VACCINATION INTRA-UTÉRINE.

Par le docteur Albert-E. BURCKHARDT, de Bâle.

(*Deutsches Archiv. für Klinische Medecin*, t. XXIV, 4e et 5e livraison, 1879 ; p. 506-509.)

L'idée de ces essais si intéressants fut donnée à l'auteur par la lecture de la publication du professeur Bollinger, de Munich (*Volkmann's Summburg Klinischer Vortraege*, n° 116).

Celui-ci, en effet, rappelant que le virus de la variole peut se transmettre d'une mère à son fœtus, se demande si l'on ne pourrait pas attribuer la non-réussite de la vaccination chez de petits enfants au fait que leurs mères auraient été vaccinées avec succès pendant leur grossesse. Si, chez l'homme, il n'y a qu'une observation connue chez une femme grosse vaccinée au huitième mois avec succès et dont l'enfant fut vacciné sans succès avec du vaccin frais à l'âge de trois à quatre mois (Underkill), Richer et Roloff ont fait, sur des brebis, de nombreuses expériences analogues.

Le Dr Albert-E. Burckhardt eut recours, pour ses expériences, à l'obligeance du professeur J.-J. Bischoff, directeur de la clinique d'accouchements. Quant au vaccin, afin d'être sûr d'en avoir de bon il se le procura soit auprès du Dr de Wettei, « Physikus », à Bâle et,

dans ce cas, provenant d'étalons, soit à l'Institut royal central de vaccination de Bavière, à Munich.

Pour les femmes grosses, il exclut celles qui avaient été variolées, celles qui avaient été revaccinées dans les dernières années, et pratiqua cette opération préventive pendant le huitième ou le neuvième mois. Quoiqu'il eût revacciné ainsi vingt-huit femmes, diverses circonstances réduisirent le contrôle à huit enfants. Les résultats ont été les suivants :

1° Les enfants de quatre mères revaccinées avec plein succès furent tous quatre vaccinés sans succès quatre à six jours après la naissance ; un même le fut de nouveau six mois plus tard, tandis que dans trois autres cas, les enfants vaccinés simultanément pour servir de contrôle réussirent;

2° Les enfants des deux mères revaccinées avec un succès incomplet furent tous deux revaccinés sans succès ;

3° Des enfants de deux femmes revaccinées sans succès, l'un fut vacciné sans succès, l'autre avec succès : la mère de ce dernier avait été revaccinée avec succès : cinq ans auparavant. Ne pouvant songer à injecter du vaccin directement dans le courant sanguin de femmes grosses, le savant expérimentateur essaya de faire des injections sous-cutanées à l'abdomen, avec du vaccin en quantité suffisante pour six à huit personnes, en y ajoutant une goutte d'eau distillée. Dans deux cas seulement il lui fut donné de vacciner leurs enfants, chez lesquels la vaccination ordinaire resta absolument sans résultat.

Tout en reconnaissant, avec l'auteur, que le nombre de ces observations est peu considérable, nous ne pouvons assez insister sur tout l'intérêt que présentent ces faits remarquables.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*)

VARIÉTÉS

DISCOURS DE M. ERNEST BRUCKE

Recteur de l'Université de Vienne.

Celui qui veut devenir médecin a-t-il besoin des études classiques telles qu'elles sont faites dans nos gymnases, ou faut-il permettre

l'étude de la médecine à des jeunes gens qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance imparfaite des langues mortes ?

L'étudiant en médecine doit-il connaître le grec et le latin ? Certes, la nomenclature médicale est, pour une moitié, latine, pour l'autre moitié, grecque ; mais, à côté des expressions latines et grecques nous en avons presque toujours d'autres qui appartiennent à la langue du pays. Si nous les employons plus rarement, c'est que souvent elles sont moins courtes et moins précises. Cependant on pourrait compléter cette nomenclature avec des dénominations tirées de la langue usuelle.

Cela coûterait quelque travail, il est vrai, mais bientôt on trouverait cette nomenclature tout aussi commode que celle qui est empruntée aux langues mortes.

On ne lit point aujourd'hui les ouvrages des médecins grecs et romains pour se perfectionner dans l'art médical ; bientôt il en sera de même pour les ouvrages plus modernes, écrits en latin. On ne peut guère mettre en doute qu'il y aura un jour des médecins surpassant en science médicale ceux qui existent à présent et ne sachant toutefois ni le grec ni le latin. Mais on peut se demander si nous devons faire en sorte que cela arrive bientôt.

Est-il donc possible de renoncer à la connaissance des langues anciennes sans se passer en même temps de beaucoup de choses qui ennoblissent et embellissent la vie de l'homme ? Cette question a été soulevée trop souvent déjà pour que je doive la traiter plus en détail.. La compréhension des langues mortes est étroitement liée à nos connaissances sur l'antiquité classique, et, par conséquent, à ce qui a fait le développement de l'humanité. On sait en effet que les hommes du moyen âge et de la Renaissance, s'appuyant sur l'antiquité classique, ont donné à leur siècle un essort merveilleux au sortir d'un temps de barbarie, où les restes de la culture et de la sagesse antiques durent chercher un refuge dans l'asile tranquille des couvents.

Nous voici amené à parler des fruits moraux qui ont été cueillis en si grande abondance sur l'arbre de l'éducation classique. Est-il donc une autre profession qui nécessite une culture morale plus pure et plus complète que la profession médicale, une culture morale qui dans toutes les situations de la vie vous rende assez fort et assez assuré pour rester dans le droit chemin, et non pas par des espérances intéressées ou d'autres craintes, mais parce que c'est le droit chemin ?

Pour beaucoup de médecins, les images pieuses qui ont entouré leur jeunesse ont pâli ; ils ne tiennent plus la main de l'ange gardien de leur enfance. Qu'est-ce donc qui pourra les retenir, lorsque, d'un côté, ils verront le succès et la richesse les appeler ; que, de l'autre, ils n'auront à attendre qu'un avancement pénible, et que peut-être même ils pourront voir méconnaître leurs efforts les plus honnêtes? Qu'est-ce qui pourra les retenir? Est-ce la crainte de la justice humaine? Mais personne n'en est aussi difficilement atteint que le médecin, et personne, dans tous les temps, ne le sera aussi difficilement que lui. Il peut sacrifier, de la façon la plus honteuse, à son intérêt et à sa vanité, la santé de ceux qui se confient à son savoir et à sa morale, sans être jamais en conflit avec aucun paragraphe du Code.

Mais il craindra sans doute le jugement des hommes? Certes, il sera percé à jour par l'un ou par l'autre de ses confrères qui aura l'occasion de pénétrer ses menées ; mais celui-ci, si jamais il l'accuse, ne le fera que dans un cercle médical restreint. Et pourquoi ne l'accusera-t-il pas publiquement? parce que son accusation resterait sans effet, selon toute évidence. Les questions médicales sont inaccessibles au public. Grâce aux changements et à la variété des opinions, un médecin qui discute devant un public étranger à l'art de guérir pourra toujours défendre un acte répréhensible en lui-même, en s'appuyant sur des prescriptions et des conseils imprimés. L'accusé aura raison, s'il sait manier la parole et la plume, et le public gardera l'impression que l'accusation a été suscitée par une jalousie de métier. Il y a eu des charlatans frivoles, que les malades, trompés, ont adorés comme des faux dieux, qui ont été célébrés par des populations entières, qui ont été distingués par des princes et des rois. Le médecin qui possède un savoir-faire suffisant peut agir à sa guise, quand une fois il en est arrivé à penser que, dans le grand jeu que les hommes jouent entre eux, il lui serait extrêmement facile de tricher.

Mais le médecin peut faire beaucoup de mal, sans même que l'idée du mal ait mûri dans son esprit, et non pas seulement, comme de raison, parce qu'il manque de savoir et d'habileté, mais aussi parce qu'il ne possède pas certaines qualités morales. Le juste et l'injuste ne sont pas toujours si nettement distingués l'un de l'autre qu'il soit facile de se décider pour l'un ou pour l'autre. Un malade peut être sauvé par une opération : si on ne l'opère pas, la mort est certaine

au bout de quelques années ; mais si l'opération est dangereuse, la mort peut en être le résultat immédiat ou au moins prochain, et le médecin ne peut pas se décider à assumer cette responsabilité. Une autre fois, le médecin est appelé auprès d'une femme en travail qui ne peut être délivrée du fruit de ses entrailles que par l'opération césarienne ou la céphalotripsie. La femme refuse l'opération césarienne. Le médecin doit-il, malgré le refus de la femme, entreprendre l'opération qui peut-être est désirée par les membres de la famille? Ou bien doit-il ouvrir le crâne de cet enfant qui est vivant? Ou bien enfin doit-il attendre que l'enfant soit mort pour lui perforer le crâne et pour l'extraire? S'il prend ce dernier parti, de l'enfant la mort est certaine, et il met la vie de la mère plus en danger qu'il n'aurait été nécessaire, une fois le sacrifice de l'enfant décidé.

Nous formons des hommes qui tiennent dans leurs mains une puissance d'être utile et de nuire, dont le public ne peut que difficilement se faire une idée exacte, et nous leur imposons une responsabilité si grande qu'un esprit timide en sera forcément effrayé, à moins qu'il ne soit absolument privé de conscience. Et ces hommes n'auraient pas besoin d'une éducation qui, plus que toute autre, porte l'esprit vers l'idéal et développe l'amour du bien pour lui-même? Nous devons exiger d'eux la mansuétude et l'humanité comme d'une sœur de charité, le courage et l'abnégation comme d'un soldat qui marche au combat. Et nous ne chercherions pas à échauffer le cœur de ces jeunes gens, nous ne chercherions pas à enflammer leur enthousiasme par tous les moyens qui sont en notre pouvoir!

Nous savons, par malheur, que le but moral de l'éducation classique n'est pas atteint par tout le monde. Nous savons aussi, d'un autre côté, que beaucoup de caractères généreux, qui sont nos plus beaux modèles, se sont développés sans l'avoir reçue. Mais il nous faudrait rompre avec toutes nos traditions, chercher à réformer complétement notre système d'éducation, si nous voulions lui dénier toute influence sur la moralité que nous exigeons des médecins qui deviendront un jour les gardiens de nos biens spirituels et temporels. Il ne s'agit pas de savoir comment ont été distribuées ses leçons de grec et de latin : il faut que le médecin passe par le cours d'études que l'État déclare avoir une importance primordiale et qu'il impose à ses prêtres, à ses juges, à ses avocats, aux professeurs et aux employés supérieurs.

On peut modifier quelques parties du plan d'études suivant les

besoins de l'époque, et on y fera certainement des changements. On attachera plus d'importance à ce que l'élève comprenne facilement les classiques grecs et latins, et on laissera complétement tomber cette pratique d'après laquelle l'élève du gymnase doit savoir s'exprimer correctement en grec ou en latin. Une fois qu'on ne demandera plus aux élèves de savoir écrire une langue morte, on apportera des modifications au plan d'études et on gagnera du temps pour leur apprendre à la lire. Un autre changement consistera à suivre un chemin plus direct dans l'enseignement des mathématiques. Les élèves devront avoir un aperçu plus complet sur les relations qui existent entre la géométrie et l'algèbre ; on devra leur faire comprendre la marche si simple qui des mathémathiques élémentaires nous conduit à l'analyse.

Ces changements ne se feront pas pour les étudiants en médecine seulement, mais pour ceux qui se destinent à d'autres carrières, car il ne s'agit de rien moins que de leur fournir les moyens d'acquérir la compréhension des phénomènes réels, ce qui, jusqu'à présent, n'existe que chez ceux qui se sont occupés ou qui s'occupent d'une façon spéciale des sciences exactes. La puissance des progrès faits dans les sciences naturelles a profondément saisi les esprits : on le voit bien par l'activité fiévreuse avec laquelle hommes et femmes poursuivent tout ce que la littérature populaire leur offre sur ce sujet et dévorent tout ce qui se publie de bon ou de mauvais.

Les individus étrangers à la médecine et ceux qui jugent des choses par parti pris ont déclaré que la médecine était un métier, parce qu'elle sert à gagner de l'argent et parce qu'on devrait forcer tout médecin à répondre à l'appel qu'on lui fait, dans n'importe quelle circonstance. Mais il y a une chose que l'on n'a pas comprise ou que l'on a oubliée : chacun sait où le soulier le blesse, chacun sait quand l'habit que lui apporte le tailleur ne lui va pas ; mais il ne sait pas si son médecin le traite bien ou le traite mal. Gardons-nous de toucher à la fierté avec laquelle les médecins considèrent leur état et leurs actions : nous serions dans une position bien fâcheuse, s'ils considéraient le gain comme l'unique but et le seul produit de leur activité.

Qui donc a jamais demandé à des industriels de nuire à leur propre industrie, de faire tous leurs efforts pour qu'ils aient le moins de travail possible ? Et c'est là cependant ce que nous devons exiger de tout médecin ; nous devons exiger de lui que non-seulement dans

les familles qui le rémunèrent pour ses soins il cherche à prévenir tout cas de maladie et fasse tous ses efforts pour produire le développement physique le plus complet des membres de la famille, mais il doit encore chercher à maintenir en bon état la santé générale, par conséquent la santé d'individus avec lesquels il n'a aucun rapport personnel. Il est impossible que l'État, pour maintenir et améliorer le développement physique de ses populations, se repose exclusivement pour ce soin, sur les médecins qu'il paie dans cette intention. Or, dans un certain sens, tout médecin doit être considéré comme étant au service de l'État.

Tout ce que j'ai dit jusqu'à présent s'adresse à ceux qui veulent séparer l'éducation du médecin de celle des membres des autres professions libérales et remplacer ce qu'on perdrait en études classiques par une étude plus approfondie des mathématiques et des sciences naturelles et par la connaissance des langues vivantes. Mais on a fait d'autres propositions encore. Pour doter de médecins les contrées qui en manquent ou qui pourraient en manquer, on a voulu, dans un esprit d'humanité mal compris, permettre l'étude de la médecine à des jeunes gens dont l'instruction préparatoire serait peu considérable. Mais l'examen de maturité n'aurait-il donc pour but que de prouver une certaine somme de connaissances acquises ? Ne doit-il pas aussi être une barrière qui écarte les incapables des professions libérales ? Si l'on enlève cette barrière pour les médecins, et si on la remplace par une autre plus basse, on donnera le droit de vie et de mort à des hommes pauvres d'esprit, et on leur permettra de se ruer sur l'humanité souffrante.

Que pourra-t-on attendre des plus intelligents parmi ces médecins ? A cause de l'insuffisance de leurs études préliminaires, la compréhension de toute chose serait pour eux plus difficile et plus incomplète ; même en leur accordant un temps égal pour faire leurs études, ils resteraient toujours au-dessous du niveau des docteurs en médecine. Peut-être veut-on diminuer leur temps d'études? Mais alors quelle est la partie de l'art médical où l'éducation de ces médecins sera incomplète ? Sera-ce dans la médecine qu'ils doivent pratiquer tous les jours ? sera-ce dans la chirurgie ? sera-ce dans l'art des accouchements ? Et cependant c'est précisément dans cette branche que, partout où les médecins font défaut, on doit exiger du praticien de l'habileté et une décision prompte. Ce qui manquerait bien certainement, ce sont les études théoriques, sans lesquelles il

est impossible de se faire une opinion personnelle sur les questions médicales.

Leur instruction première incomplète ne leur permettrait même pas d'aborder une partie de ces études. Et c'est de pareils médecins que l'on veut doter les contrées qui en manquent, où, par conséquent, les populations ne peuvent pas choisir celui qu'elles prendront ; des contrées où le médecin doit, non-seulement prescrire les médicaments, mais les préparer lui-même, ce qui rend le contrôle de ses actes plus difficile encore.

On se trompe soi-même lorsqu'on dit qu'on ne veut employer ces médecins que comme un pis-aller, qu'on ne les gardera que jusqu'au jour où l'on sera sûr d'avoir un nombre suffisant de docteurs en médecine. Mais quand ce jour arrivera-t-il, si l'on crée une nouvelle espèce de médecins qui ne seront à la hauteur des docteurs en médecine, ni par leur culture générale, ni par leur savoir et leur habileté et qui seront cependant leurs égaux sous le rapport de l'exercice de la médecine ? Croit-on par là rendre plus attrayante l'étude de la médecine avec ses huit années de gymnase et ses cinq années d'études ?

Et, du reste, est-il bien vrai que nous formons trop peu de médecins, et que tout le mal disparaîtrait si nous produisons tous les ans le double de docteurs? Les grandes villes sont remplies de médecins, la campagne en a suffisamment; il n'y a que dans quelques régions, pauvres et montagneuses, qu'on se plaigne de manquer de médecins. Mais le médecin n'a-t-il pas le droit d'aller où il veut et ne fait-il pas un grand usage de sa liberté ? Les médecins autrichiens le prouvent d'autant plus facilement qu'ils jouissent d'une bonne renommée à l'étranger. On trouve des médecins autrichiens dans tout l'Orient, ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique et au Mexique. L'excédant du corps médical ne va pas là où il ne pourrait pas vivre; il préfère émigrer, ou bien former des médecins tellement mauvais qu'il leur serait impossible de réussir à l'étranger.

Vous le voyez, nous arrivons à une conclusion absurde; les moyens indirects sont illusoires; il ne reste plus qu'à forcer les médecins à aller là où ils sont nécessaires. Sera-ce par la force? On pourrait alors, comme autrefois en Bavière, limiter la faculté accordée au médecin de s'établir où il lui plaît et ne lui donner sa liberté que lorsqu'il aura passé quelques années là où on a besoin de lui. Mais cette mesure produirait tout d'abord ce que l'on veut précisément éviter :

elle éloignerait les jeunes gens de l'étude de la médecine et engagerait les jeunes médecins à émigrer ; en second lieu, elle ne produirait pas le résultat désiré, parce qu'en fin de compte on ne pourrait pas laisser le médecin mourir de faim là où il lui serait impossible de gagner sa vie.

Quels sont donc les moyens de persuasion que nous possédons ? On peut créer des bourses avec l'obligation de pratiquer la médecine dans un endroit déterminé. Ce moyen pourrait se recommander pour des régions qui ne sont pas tout à fait assez pauvres pour ne pas nourrir un médecin, mais qui n'en possèdent pas parce que l'exercice de la médecine y exigerait des efforts extraordinaires. Il est évident que ce moyen est impraticable pour des régions où un médecin ne pourrait pas gagner son existence. Dans ce cas, il ne reste qu'à lui donner un traitement ; on a dit assez souvent que les moyens de le faire n'existent pas partout ; qu'il est impossible d'ajouter des charges nouvelles à celles qui existent déjà ; mais nous ne devons pas offrir une pierre à ceux qui nous demandent du pain, il vaut mieux leur dire ouvertement : « Nous n'avons pas de pain. »

Notre sujet nous a entraîné bien loin de la science, jusqu'aux doutes et aux soucis de la vie de tous les jours ; mais ne nous en plaignons pas. La science ne doit jamais nous posséder au point de nous faire perdre tout intérêt pour la prospérité et les souffrances des autres hommes.

(*Revue scientifique.*)

FORMULAIRE (M. CHÉRON)

LA MIGRAINE MENSTRUELLE. — SON TRAITEMENT.

La migraine est une manifestation diathésique des plus pénibles à laquelle il importe de savoir porter remède lorsqu'elle vient compliquer, de la façon la plus douloureuse, les affections utérines.

Chez quelques malades essentiellement arthritiques, elle peut se

présenter un grand nombre de fois, chaque mois. Dans ce cas, elle est liée à un trouble dyspeptique auquel il faut remédier, avant de traiter la migraine elle-même, à l'aide des moyens que nous allons indiquer. Elle est ici plus directement en rapport avec la diathèse qu'avec l'affection utérine.

Dans d'autres circonstances, ce n'est qu'au moment des règles que survient cette migraine. Elle est absolument liée à la période de l'écoulement menstruel ; c'est pour cela que nous lui donnons le nom de *migraine menstruelle.*

Ce sont toujours des diathésiques, jeunes filles ou jeunes femmes, qui souffrent de cette affection.

L'analyse des symptômes subjectifs et objectifs révèle l'existence d'une dysménorrhée, d'une névralgie lombo-abdominale ou d'une lésion de texture.

Les unes et les autres de ces affections existent souvent ensemble.

Quatre indications se présentent à remplir : *a* — Porter remède à l'affection utérine à l'aide de moyens locaux ; *b* — Modifier l'irritation spinale lombaire dans sa manifestation névralgique ; *c* — modifier les manifestations diathésiques qui frappent sur les grands appareils organiques (appareil digestif, appareil respiratoire etc.) par un traitement général antidiathésique ; *d* — traiter directement la migraine.

Cette quatrième indication est la seule dont nous ayons à nous occuper en ce moment.

Prendre tous les jours pendant tout l'intervalle de temps qui sépare les périodes menstruelles, et cela jusqu'à disparition complète de l'affection, les doses suivantes :

Poudre de guarana.	3 grammes
Bi-carbonate de soude	0,50 centigrammes

En un paquet.

Prenez dans un demi verre d'eau.

La poudre de guarana doit être préparée, avec la râpe, au moment même où on veut s'en servir.

Le moment qui convient le mieux est celui qui précède le repas.

Le traitement de l'accès, en général illusoire l'est encore, par ce moyen-là, au début du traitement.

Plus tard, lorsqu'on avance vers la guérison, l'accès est facilement enrayé.

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Dr Chéron commencera son cours d'été sur les lésions de texture de l'appareil utéro-ovarien envisagées au point de vue de la doctrine physiologique qu'il professe le jeudi 22 avril à huit heures du soir. — Amphithéâtre n° 3 et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CLINIQUE

Le Dr Chéron reprendra ses leçons cliniques le lundi 5 avril, à midi et demi, à sa clinique de la rue de Savoie, n° 9, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Examen des malades, diagnostic et traitement.

Nouveau journal. — M. Charles, chirurgien directeur de la Maternité de Liège, publie le *Journal d'accouchement*, journal bi-mensuel, dont le premier numéro a paru le 15 janvier. Ce journal paraît surtout destiné aux sages-femmes et aux étudiants ; nous souhaitons la bienvenue et le succès à notre très-distingué collègue.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1473. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

LEÇON CLINIQUE (M. CHÉRON)

Recueillie par M. FAUQUEZ, chef de clinique,
Médecin adjoint de Saint-Lazare.

UN ÉLÉMENT NOUVEAU DANS LA PATHOGÉNIE ET DANS LE TRAITEMENT DU VAGINISME.

Messieurs,

Vous venez de voir deux cas de vaginisme sur lesquels j'ai appelé votre attention, en vous faisant constater l'existence de points apophysaires spécialement localisés chez nos deux malades, au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales.

Ceux d'entre vous qui n'ont pas vu les autres cas de vaginisme qui se sont présentés, il y a quelque temps, à la clinique, et dont j'ai publié les observations dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* ont pu se demander pourquoi je m'arrêtais avec tant d'insistance sur un fait en apparence peu important. C'est que son interprétation démontre, à l'aide des données physiologiques et des résultats d'un traitement dirigé contre cette apophysialgie, que la

pathogénie du vaginisme n'est point encore complète et que nous sommes en droit de prétendre au remaniement de la question.

Avant d'aborder cette étude, quelques mots sur l'historique du vaginisme.

La dénomination caractéristique de cette maladie, dont l'histoire est récente, appartient à Marion Sims, mais c'est aux observations de Debout et de Michon que la contracture douloureuse de l'anneau vulvaire a dû d'attirer l'attention du public médical et de prendre rang dans le cadre nosologique.

Il n'est pas à dire pourtant qu'avant ces auteurs cette maladie n'eût été ni entrevue ni décrite, car Guillemot, en 1828, en fait mention dans le *Journal universel des sciences médicales*. Peu de temps après, en 1834, Huguier décrit le spasme vulvo-vaginal. Dupuytren, à propos de la fissure à l'anus et du spasme douloureux qu'elle provoque, rappelle, dans la deuxième édition de sa clinique (1839), que Pinel-Grandchamps ayant observé, à la vulve, un phénomène morbide identique, en obtint la disparition par la section profonde du constricteur de la vulve.

Lisfranc, en 1841, dans sa clinique chirurgicale, fait un tableau très-saisissant de cette maladie, mais une seule chose le frappe, la douleur, l'hypéresthésie vulvaire ; il laisse dans l'ombre la question de spasme musculaire que, six années plus tard, Hervez de Chégoin fait ressortir dans un intéressant travail sur la fissure à l'anus.

Enfin, en 1858, sont publiées les observations de Michon. En 1861, Debout en publie quelques-unes, et dans la même année, le résumé de la question est fait par M. Gallard dans *l'Union médicale*, en même temps que la note de Marion Sims à la Société obstétricale de Londres désigne le spasme douloureux de la vulve sous le nom de *vaginisme* que les gynécologues ont, depuis lors, adopté.

L'importance que le chirurgien donne à cette maladie, le traitement chirurgical qu'il préconise, la dénomination nouvelle qu'il lui impose, contribuent à entretenir l'attention des médecins, après les travaux importants qui viennent de paraître sur ce sujet. Aussi la

question ne tarde-t-elle pas à devenir classique, traitée qu'elle est aujourd'hui dans la plupart des ouvrages spéciaux.

Depuis deux ans nous avons l'occasion d'observer ensemble et de traiter, ici même, un certain nombre de cas de vaginisme. Nous avons assisté quelquefois à l'éclosion de cette affection et nous l'avons vue évoluer devant nous. Une observation des plus intéressantes, un cas de vaginisme survenu à la suite d'une chute violente sur la région dorsale chez une femme deux fois mère, a été le point de départ de la découverte des faits qui nous ont conduit à l'édification d'une théorie pathogénique nouvelle du vaginisme. Le vieil axiome médical, *naturam morborum ostendunt curationes*, a trouvé, dans le cas, la sanction la plus complète. La clinique sera venue, une fois de plus, compléter les présomptions que l'histologie et la physiologie, jusqu'à un certain point, autorisaient à émettre.

Nous allons d'abord, supposant connus les faits sur lesquels nous comptons baser notre théorie pathogénique, résumer sous forme de conclusion les principes de cette théorie.

Cette manière de procéder permettra de grouper les faits relatifs à la question, ce qui, nous l'espérons, introduira dans cet exposé clinique les éléments de clarté qui pourraient faire défaut, surtout auprès de ceux qui suivent notre enseignement depuis peu de temps.

A. — La contracture vulvaire à laquelle on a donné le nom de *vaginisme* a pour origine un point hypéresthésique ayant pour siège, chez les vierges, la membrane hymen; chez les femmes déflorées, une ou plusieurs des caroncules myrtiformes qui représentent les derniers vestiges de cette membrane.

B. — Ce point hypéresthésié est habituellement unilatéral, il siège sur une des branches du nerf honteux interne (branche périnéale inférieure) qui appartient aux branches qui se distribuent à la partie antérieure du vagin et à la vulve.

C. — Sous l'influence des excitations génitales (coït, leucorrhée, menstruation, etc.) partent du point hypéresthésié des stimulations

qui transmises à la moelle sont transformées en actions réflexes, en contractures du bulbo-caverneux (constricteur du vagin).

D. — Avec l'hypéresthésie simple ou compliquée de contracture, c'est-à-dire avec l'hypéresthésie vulvaire avec ou sans vaginisme, il existe, *dans tous les cas*, à la pression une apophysialgie des apophyses épineuses des 7e et 8e vertèbres dorsales.

E. — On sait combien est rebelle cette affection à laquelle on a opposé les traitements les plus variés tant de l'ordre médical que de l'ordre chirurgical ; il est intéressant de voir avec quelle netteté cède cette affection, lorsqu'une médication révulsive est directement appliquée sur les points apophysaires (7e et 8e vertèbres dorsales).

D. — Nous avons traité jusqu'ici quatorze cas de vaginisme, sans nous occuper de la lésion locale qui pour les auteurs est le point sur lequel doit exclusivement porter la médication.

E. — D'après cela, il y a lieu de considérer le vaginisme, c'est-à-dire la contracture vulvaire, comme un phénomène secondaire consécutif à une hypéresthésie ayant son siège dans l'hymen ou les caroncules myrtiformes, hypéresthésie due, habituellement, à une stimulation directe de ces organes.

F. — Cette stimulation vulvaire transmise à la moelle détermine par action réflexe la contracture du constricteur de la vulve.

G. — La portion de la moelle où se reproduit cette action réflexe se trouve au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales. Cette portion de la moelle est le siège d'une irritation spinale localisée démontrée par les apophysialgies et l'endolorissement des nerfs émergents.

H. — Tout traitement révulsif, rationnellement conduit, porté au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales fait disparaître les points apophysaires et l'endolorissement des nerfs émergents, ce qui a pour conséquence, en supprimant l'irritation spinale, de faire tomber le spasme tonique du constricteur du vagin.

J. — Cela démontre bien que la portion de la moelle en jeu dans la production du vaginisme étant limitée par les 7e et 8e vertèbres dorsales et traduisant sa souffrance par des apophysialgies et l'endolorissement des nerfs émergents, une indication nouvelle surgit dans le traitement de cette affection : éteindre l'irritation spinale localisée

siège du phénomène réflexe qui produit la contracture du sphincter de la vulve.

K. — Enfin, on comprend qu'il ne soit pas indispensable de retrouver une fissure, une écorchure, une déchirure, en un mot une lésion quelconque sur les caroncules ou sur l'hymen pour expliquer l'existence du vaginisme, puisque une chute sur le dos a pu provoquer d'emblée l'apparition de cette affection.

Des tentatives d'intromission chez une vierge névropathe ou chez une hystérique, en provoquant une stimulation douloureuse, pourront créer l'irritation spinale localisée d'où résultera le vaginisme, la prédisposition névropathique favorisant l'établissement rapide de l'affection.

Ces conclusions que je vous livre sous forme de propositions vont vous rendre facile l'exposé de la pathogénie du vaginisme comme nous la comprenons, d'après les cas que nous avons à traiter et ceux que nous avons, en ce moment, sous les yeux.

C'est un cas fort curieux de vaginisme traumatique, observé dans notre service de Saint-Lazare, en compagnie de notre excellent interne, M. Mercier, qui nous a révélé le phénomène intéressant de l'irritation spinale localisée dans cette affection. Nous avons eu l'occasion de vous le citer plusieurs fois.

Voici, résumée, cette observation remarquable.

Cas de vaginisme survenu à la suite d'une contusion de la région dorsale de la colonne vertébrale. — Marche chronique de l'affection. — Points apophysaires et nerfs émergents douloureux. — Traitement local du vaginisme sans résultat. — Traitement des points douloureux de la région dorsale. — Guérison rapide du vaginisme.

Une jeune femme de vingt-sept ans, employée chez un marchand de vins, entre dans le service, salle Sainte-Éléonore, avec le diagnostic *uréthrite*.

Elle a eu deux enfants, le dernier il y a cinq ans. Elle a toujours été régulièrement réglée, mais depuis huit mois, époque à laquelle il lui est arrivé un accident grave, elle a vu survenir une perturbation dans les époques qui retardent quelquefois de huit à dix jours, et ne font leur apparition qu'en provoquant des douleurs dans la région lombaire et dans la région abdominale.

Il y a huit mois, elle fit une chute dans une cave, en se débattant pour se

soustraire aux agressions de son maître. La région dorsale porta violemment sur un tas de bouteilles. Il lui fut impossible de se relever ; on la transporta à l'hôpital Beaujon. Il n'existait aucune plaie ; on constatait seulement un vaste ecchymose sur la région lésée.

La malade ne pouvait faire le moindre mouvement sans provoquer des douleurs atroces. Toute pression même légère, pratiquée avec le doigt sur les apophyses épineuses de la région dorsale, sur les nerfs émergents et sur les muscles des gouttières, était insupportable.

Après quatre mois de séjour à l'hôpital, où le traitement consista en applications d'eau blanche et en révulsifs répétés, la malade put reprendre ses occupations. Elle éprouvait, dit-elle, encore de temps en temps des douleurs dans le dos, surtout après le travail.

Quatre mois plus tard, à son arrivée dans le service, la malade est soumise à l'examen nécessité par l'existence d'une uréthrite signalée sur sa feuille d'entrée. Nous constatons qu'il est impossible d'introduire le doigt dans le vagin pour presser sur le bulbe de l'urèthre. L'orifice est extrêmement étroit et la moindre pression pour le franchir produit une douleur qui fait que la malade se dérobe à l'examen en poussant un cri.

Elle raconta alors que lorsqu'elle sortit de l'hôpital Beaujon, elle fut fort étonnée de voir les rapports sexuels impossibles, empêchés autant par la douleur que par l'existence d'un obstacle matériel.

L'examen attentif de la malade nous fit constater le resserrement musculaire de l'orifice vulvaire, et à la pression, une douleur très-vive au niveau des caroncules myrtiformes du côté droit seulement.

M. Mercier, interne du service, voulut bien prendre un soin spécial de ce cas intéressant, et s'employer régulièrement tous les jours à le traiter localement par les moyens habituels (cautérisation, dilatation, narcotiques, etc.).

Après trois mois de ce traitement, la situation restait la même ; il n'y avait plus à employer que les moyens chirurgicaux, l'excision du point douloureux, la dilatation forcée, ou l'incision multiple.

Avant de nous déterminer à les employer, l'attention fut portée sur la région dorsale contusionnée où fut constatée l'existence de deux points apophysaires très-sensibles à la pression, appartenant aux 7e et 8e vertèbres dorsales avec irradiation de la pression sur les nerfs émergents.

Établissant *à priori* entre la région vulvaire et la moelle dorsale, un rapprochement analogue à celui que l'étude physiologique et l'étude clinique nous ont permis depuis longtemps d'affirmer en le confirmant par des résultats thérapeutiques, nous résolûmes d'abandonner tout traitement local et de traiter exclusivement les points douloureux de la région dorsale.

Des applications de teinture d'iode furent faites tous les jours au niveau de ces points douloureux. Sous cette influence, dix jours après, la région vulvaire devenait moins sensible, plus facile à explorer.

Deux petits vésicatoires succédèrent alors aux applications de teinture d'iode, et il se fit aussitôt une rémission plus accusée dans la douleur.

Connaissant, par expérience, la difficulté qu'il y a à faire disparaître complétement les points douloureux des apophyses épineuses et des nerfs émergents de la région lombaire par les applications révulsives ou sédatives, nous proposâmes à la malade de substituer à l'emploi de ces moyens la cautérisation ponctuée à l'aide du fer rouge, dont j'ai, maintes fois, pu constater l'énergique action en pareil cas.

Deux cents punctures furent pratiquées la première fois et répétées tous les deux jours. Après la sixième application, la vulve fut examinée avec soin et nous pûmes constater que non-seulement la douleur à la pression au côté droit de la vulve avait beaucoup diminué, mais encore que le passage d'un spéculum bivalve de dimension moyenne était toléré.

Le même traitement fut continué, et seize nouvelles applications de pointes de feu furent pratiquées de trois en trois jours. Le spéculum put être introduit avec une facilité de plus en plus grande, et après vingt-deux applications de punctures ignées, la sensibilité douloureuse au niveau des apophyses épineuses de la région dorsale (7e et 8e vertèbres dorsales) avait disparu graduellement aussi bien qu'au niveau des points d'émergence des nerfs.

Dans ces conditions, l'introduction d'un spéculum plein ayant été tentée et pratiquée avec succès c'est-à-dire sans éveiller de douleur et sans provoquer de constriction, la malade complétement guérie de son vaginisme put sortir de l'hôpital.

En résumé, sous l'influence de violences ayant porté sur la vulve, violences aggravées par les efforts de résistance faits par la malade, un point douloureux s'éveille dans cette région. En se débattant, une chute a lieu, une contusion de la région dorsale de la colonne vertébrale en est la conséquence. Cette contusion est d'une gravité telle qu'elle nécessite un séjour de quatre mois à l'hôpital, et lorsque la malade en sort, elle est fort étonnée de ne pouvoir pratiquer le coït, empêchée autant par la douleur que par l'existence d'un véritable obstacle matériel.

Un traitement local est pratiqué longtemps, avec suite, sans succès. La colonne vertébrale est explorée. Deux points apophysaires très-douloureux sont constatés au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales et au niveau des nerfs émergents.

Dirigé par des considérations déjà signalées dans notre première leçon du cours de l'École pratique, attribuant à ces points douloureux

une importance capitale, nous pratiquons sur ces points une révulsion énergique, pendant deux mois, avec la cautérisation ignée punctiforme, et la guérison radicale survient.

L'occasion nous est offerte de faire un rapprochement entre le rôle joué par la moelle, dans cette circonstance, et celui que nous lui attribuons dans toutes les affections de l'appareil utéro-ovarien.

Dans toutes les affections utérines, les stimulations représentées par le coït, le retour périodique de la menstruation, la fausse couche, la grossesse, irritent une portion déterminée de la moelle. Celle-ci atteinte dans ses centres sensitifs, moteurs, vasculaires ou sécrétoires fait apparaître du côté de l'appareil utéro-ovarien, des troubles fonctionnels, des lésions, dont la congestion est habituellement le premier terme.Les lésions se développent sous l'influence de la diathèse existante et prennent une forme déterminée en rapport avec la nature de la diathèse. La moelle irritée traduit sa souffrance par l'apparition d'une névralgie lombo-abdominale ou sacrée qui révèle la portion irritée de la moelle, ce qui permet d'y porter remède surtout en éteignant les points névralgiques de cette région.

Dans le vaginisme, le phénomène est identique, seulement la région atteinte étant différente, c'est une autre partie de la moelle qui se trouve irritée (région dorsale, 7e et 8e vertèbres.)

Le cas si démonstratif du rôle de la moelle dans le vaginisme,devait nous engager à rechercher l'existence d'une irritation spinale localisée dans la même région, dans les cas ordinaires de vaginisme tels que la clinique en met à chaque instant sous nos yeux, dans le cas où le traumatisme ne joue aucun rôle.

L'occasion n'a pas tardé à se présenter et nous examinons ensemble aujourd'hui une malade que quelques-uns ont observée dès le début et qui a bien voulu venir se montrer à vous guérie du vaginisme. Elle est récemment accouchée de son premier enfant, conçu après la guérison de la contracture vulvaire.

Voici son histoire déjà publiée, mais complétée depuis lors, par les détails relatifs à la parturition.

Cas de vaginisme chez une femme mariée depuis cinq ans. — Impossibilité des rapports sexuels. — Points apophysaires et nerfs émergents douloureux surtout au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales. — Aucun traitement local. — Traitement des points douloureux apophysaires. — Guérison du vaginisme. — Grossesse.

Madame V. S..., âgée de vingt-neuf ans, exerçant la profession de brodeuse, est adressée à la clinique par notre confrère le Dr Landolt, le 17 mai 1878. Cette malade n'a jamais eu d'enfants, elle est mariée depuis cinq ans.

Les règles n'apparaissent qu'après avoir éveillé dans les régions du dos et des lombes des douleurs très-violentes qui l'obligent à garder le lit.

Cette personne est très-nerveuse et très-impressionnable, elle souffre de douleurs persistantes dans la tête. Elle est atteinte de strabisme depuis l'enfance. Les voies digestives sont en mauvais état depuis longtemps. Il existe du ballonnement après le repas, de la chaleur au visage.

Cette malade raconte que depuis son mariage elle n'a pu avoir de rapports avec son mari. La douleur qu'elle éprouve est atroce et l'intromission est impossible. L'examen des organes génitaux est extrêmement difficile, car la malade redoute le moindre attouchement et c'est après plusieurs tentatives qu'il est possible de reconnaître que la vulve est extrêmement douloureuse au toucher, surtout à gauche, et qu'il existe une constriction musculaire de cet orifice. Quant au toucher vaginal et à l'application d'un spéculum, ils sont absolument impossibles.

L'attention est portée alors sur la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale et au moment où l'on va l'examiner, la malade dit qu'elle éprouve souvent dans la région dorsale des douleurs qui rendent très-pénible l'exercice de sa profession.

Il existe des points apophysaires douloureux à la région lombaire et à la région sacrée ; mais c'est surtout au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales que la pression au niveau des apophyses épineuses réveille des douleurs extrêmement vives.

Pour tout traitement on conseille à la malade de prendre 2 grammes de bromure de potassium par jour, à titre de modificateur de l'excitabilité réflexe de la moelle et d'appliquer au niveau des points douloureux des apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales des compresses imbibées d'un mélange de chloroforme, d'éther sulfurique et d'alcool camphré.

Au niveau de la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale, au niveau de la région lombaire et de la région sacrée, des applications de teinture d'iode laudanisée doivent être faites tous les trois jours.

Du mois de mai au mois d'août, la malade continue le traitement et il survient une légère amélioration dans la dysménorrhée, dans les douleurs de tête et dans les douleurs dorsales. Mais c'est surtout à partir du mois de septembre

que la malade accuse un mieux sensible. Les douleurs de tête ont cédé. Elle a pu rester debout au moment de ses règles et la tentative de rapports sexuels a pu être réalisée.

Un traitement plus énergique et des révulsions plus vives du côté de la colonne vertébrale ne peuvent être employés parce que la malade, très-occupée par l'exercice de sa profession, ne peut venir que rarement à la clinique. L'amélioration continue, de plus en plus accentuée du mois de septembre au mois de janvier de l'année suivante.

A partir de cette époque la malade ne revient plus à la clinique jusqu'au 23 avril suivant. Les tentatives d'examen des organes génitaux, qui n'avaient permis que l'introduction pénible du doigt explorateur jusqu'à ce jour, permettent aujourd'hui l'application d'un petit spéculum bivalve sans causer aucune douleur. Le col est violacé et un bouchon muqueux en ferme l'orifice. La malade raconte que les rapports sexuels sont devenus très-faciles et que si elle vient nous voir, c'est parce qu'elle se croit enceinte, n'ayant pas eu ses règles depuis trois mois. Elle a toujours eu une régularité parfaite dans ses époques. Elle a des maux d'estomac et des envies de vomir ; tout cela rapproché de l'aspect du col et de l'état de l'utérus, qui est lourd et semble augmenté de volume, milite en faveur d'une grossesse.

Le bromure de potassium est continué, ainsi que les applications sédatives et révulsives sur la colonne vertébrale. Il sera intéressant d'observer l'action de cette grossesse sur ce cas de vaginisme.

La malade est restée sept mois sans revenir. Lorsqu'elle est revenue se présenter à notre observation, nous avons appris que l'accouchement, survenu il y a deux mois, s'est passé de la façon la plus normale.

Nous venons d'examiner les organes génitaux, et vous avez pu constater que la vulve est indolore et indemne de toute lésion. Les caroncules myrtiformes ne sont le siège d'aucune fissure, il n'y a pas trace de rougeurs. Le spéculum bivalve dont nous nous servons habituellement passe sans éveiller aucune sensation pénible.

L'examen de la région dorsale nous fait retrouver les points apophysaires des 7e et 8e vertèbres dorsales à peine sensibles à une pression énergique. Les nerfs émergents ne sont point douloureux.

D'après les observations de vaginisme que nous avons relevées ensemble, et d'après celles que nous avons empruntées soit à notre service de Saint-Lazare soit à la clinique de la ville, nous avons cru

devoir considérer le vaginisme comme étant toujours corrélatif d'une hypéresthésie vulvaire qui existe souvent seule, pendant un temps très-long, et se termine par la contracture vulvaire, si la cause génératrice ne disparaît auparavant, sous l'influence d'un traitement approprié.

Lorsque cette hypéresthésie vulvaire existe seule, les points apophysaires, l'irritation spinale localisée se retrouvent comme dans les cas de vaginisme. L'irritation spinale et l'apophysialgie des septième et huitième vertèbres dorsales appartiennent donc à l'hypéresthésie vulvaire ; la souffrance de la moelle précède, comme on devait le supposer, l'apparition du spasme réflexe qui produira le vaginisme.

Pour démontrer l'enchaînement pathogénétique des faits, il fallait pouvoir suivre le développement de l'hypéresthésie vulvaire et voir apparaître le spasme musculaire un peu plus tard. Cette occasion s'est offerte à notre observation, le moment est venu de vous en faire part. — C'est la démonstration complète de l'enchaînement des faits pathologiques qui ont pour aboutissant le vaginisme.

Cinquième observation. — Endométrite et adéno-lymphangite péri-utérine chez une névropathe stérile âgée de vingt-six ans. — Hypéresthésie vulvaire consécutive développée lentement dans les caroncules myrtiformes du côté gauche. — Aggravation de l'état douloureux. — Apparition des points apophysaires des septième et huitième vertèbres dorsales. — Névralgie intercostale gauche. — Crise de dysménorrhée très-douloureuse. — Contraction du constricteur du vagin. — Disparition de la contraction et retour de celle-ci avec l'exacerbation de l'hypéresthésie sous l'influence des crises de dysménorrhée.

Une jeune femme de vingt-six ans, très-nerveuse, très-impressionnable, sans enfants, se présente à notre clinique le 16 mars 1878, se plaignant de douleurs vives à la vulve et suppliant qu'on l'examine sans lui faire de mal.

Le passage du doigt est supporté assez facilement ; le côté gauche de l'anneau vulvaire est seul douloureux au toucher.

Un petit spéculum bivalve introduit doucement et porté surtout du côté droit est supporté et permet de constater l'existence d'un écoulement purulent par le canal cervical, indice d'une endométrite qui s'accompagne d'une adéno-lymphangite constatée par le toucher.

La malade rapporte que dès les premiers jours du mariage elle a souffert pendant les rapports, et que depuis lors une sensation de malaise et souvent

de douleur s'éveillait dans le ventre à la suite de la moindre fatigue amenée par la marche. Le siège de la douleur était, au dire de la malade, dans les profondeurs du vagin.

Depuis la première année du mariage, il y a sept ans, il lui est arrivé souvent de ressentir, soit pendant les rapports, soit simplement en prenant les soins de toilette, une douleur au niveau de l'anneau vulvaire, du côté gauche, sur un point très-limité et très-sensible à la pression.

Les règles, qui étaient régulières et faisaient leur apparition sans douleur avant le mariage, sont devenues peu à peu de plus en plus difficiles, irrégulières et douloureuses. — Aujourd'hui, elles sont presque toujours en retard et s'accompagnent d'une névralgie intercostale sous-mammaire gauche.

Depuis un an, à peu près, les rapports sexuels sont devenus presque impossibles, surtout aux approches des règles, les parties venant à se fermer comme le dit la malade, et opposer une résistance que les efforts ne font qu'accroître, en provoquant une douleur atroce qui retentit dans le dos, entre les épaules.

L'examen de cette région nous fait découvrir trois points apophysaires localisés aux septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales; les deux premiers beaucoup plus sensibles que le troisième. Les nerfs émergents participent de cette sensibilité à la pression, surtout du côté gauche.

Lorsque nous pratiquons l'examen à l'aide du toucher et du spéculum, nous retrouvons le point douloureux situé dans les caroncules myrtiformes, du côté gauche, et nous percevons quelques contractions intermittentes du sphincter, au moment de l'introduction du doigt et de l'introduction du spéculum.

La malade raconte qu'un semblable examen est impossible au moment des époques, car étant allé consulter un médecin qui dut l'examiner à ce moment-là (les règles apparurent trois jours après), il fut matériellement impossible de pratiquer le toucher et de tenter l'introduction d'un petit spéculum, *la vulve étant complétement fermée.*

Aujourd'hui on constate à l'aide du spéculum l'existence d'un écoulement purulent par le canal cervical, indice d'une endométrite qui s'accompagne d'une adéno-lymphangite constatée par le toucher.

La malade revient au moment de chaque époque, comme nous le lui avons conseillé, et chaque fois nous constatons l'existence de la contraction douloureuse de sphincter, coïncidant avec la dysménorrhée. Dans l'intervalle des époques ,il n'y a aucune contraction permanente du côté du sphincter, l'hypéresthésie vulvaire existe seule.

L'examen de la région dorsale faisant connaître l'existence de trois points apophysaires et de points douloureux à la pression au niveau des nerfs émergents, une médication révulsive représentée par l'application de petits vésicatoires morphinés parvient à diminuer la sensibilité de ces points, et la guérison complète de la douleur apophysaire et de la douleur sous-mammaire est

obtenue à l'aide de la cautérisation ponctuée pratiquée du mois de mai au mois d'octobre 1878.

Pendant toute cette période la malade fait, matin et soir, des irrigations vaginales avec de l'eau de son et de morelle. Aucun traitement local n'est employé.

Du mois de juillet au mois d'octobre les règles reparaissent sans crises douloureuses et la contraction du sphincter ne se produit pas. Il est bon de dire que pour combattre la dysménorrhée, la malade a pris, tous les mois, huit jours avant l'époque et chaque jour, six pilules d'extrait de belladone de 1 centigr. l'une : moyen qui est absolument sans action curative sur le vaginisme, comme chacun le sait. Des frictions sédatives ont été faites, tous les jours, sur la région lombaire de la moelle qui est le siège d'une névralgie lombo-abdominale en rapport avec l'endométrite.

En examinant le point douloureux situé dans les caroncules myrtiformes du côté gauche on éveille, par le toucher et la pression, une sensation peu pénible que la malade n'accuse pas au passage du spéculum. Quelques attouchements avec la teinture d'iode morphinée font disparaître toute sensation pénible sur ce point vulvaire.

L'endométrite qui s'est grandement modifiée sous l'influence des injections vaginales, du traitement spinal de la région lombaire et de la disparition de la dysménorrhée, est amenée à guérison complète à l'aide des injections intra-utérines avec la solution aqueuse d'acide picrique employée douze fois en deux mois.

Voilà un cas qui au point de vue de la doctrine des localisations médullaires, des rapports de causalité et de la pathogénie, présente le plus grand intérêt.

Nous résumons dans les propositions suivantes les points importants de l'observation.

L'hypéresthésie d'un point limité de la vulve siégeant à gauche sur les caroncules myrtiformes s'accompagne d'apophysialgie des septième et huitième vertèbres dorsales et de névralgie intercostale gauche, ce qui suffit pour caractériser l'irritation spinale localisée.

Des crises de dysménorrhée produisent, au moment des règles, la contraction permanente du constricteur du vagin qui caractérise le vaginisme.

Il y a là un phénomène de vaginisme intermittent sous l'influence de l'exacerbation de l'hypéresthésie vulvaire par la dysménorrhée.

On peut déduire de là que l'hypéresthésie vulvaire débute d'abord sous l'influence d'une affection de l'appareil utéro-ovarien en

s'accompagnant d'une irritation spinale localisée au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales, et que son exacerbation et sa persistance amènent la contraction, d'abord intermittente, et plus tard permanente, du constricteur du vagin, ce qui constitue l'affection connue sous le nom de *vaginisme*.

Ce qui doit nous frapper dans ces trois premières observations, c'est l'absence des lésions à la vulve et au niveau du point douloureux. On nous affirme journellement que tel ou tel cas de vaginisme, dont on rapporte l'observation, était produit par une fissure siégeant sur les caroncules. On guérit la fissure et le vaginisme disparaît.

Nous n'avons point observé dans les trois cas que nous venons de rapporter cette cause vulvaire qu'on nous dit exister à coup sûr chez toutes les malades atteintes de vaginisme. Notre examen a été fait avec la plus scrupuleuse attention et avec l'habitude que donnent dix années passées dans un service spécial.

Dans bien des circonstances nous avons trouvé une lésion vulvaire, souvent aussi nous n'avons pu en constater l'existence.

D'après notre première observation où le traumatisme dorsal a produit le vaginisme, il nous est facile de comprendre que l'hyperexcitabilité des cellules motrices de la moelle en un point déterminé suffise, elle seule, à produire la contracture de l'anneau vulvaire, comme cette même cause détermine la contracture permanente d'un membre, chez une hystéryque.

Nous sommes donc en droit de conclure, Messieurs : 1° que la lésion vulvaire n'est pas indispensable à la production du vaginisme; 2° que l'hypéresthésie vulvaire précède habituellement le spasme musculaire ; 3° qu'une partie déterminée de la moelle comprise entre les sixième et neuvième vertèbres dorsales est atteinte d'une irritation spinale localisée (hyperexcitabilité des cellules motrices du constricteur du vagin) et traduit par la sensibilité des apophyses épineuses, le phénomène réflexe dont elle est le siège.

Les conditions pathogénétiques du vaginisme nous semblent suffisamment établies d'après l'exposé de ces quelques faits.

Quelques autres cas qui appartiennent, soit à notre clinique, soit à

la clinique de la ville, vont nous servir d'exemples dans l'étude de l'étiologie et de la symptomatologie. Chez toutes ces malades nous retrouverons encore l'irritation spinale localisée, caractéristique de la souffrance de la moelle en un point déterminé qui représente le lieu d'origine des nerfs sensitifs et moteurs qui sont intéressés dans la question.

Parmi les causes prédisposantes qu'il importe de signaler, la disposition névropathique qui représente, chez les femmes, le tempérament nerveux, a une grande importance. Ce sont habituellement des femmes chez lesquelles l'impressionnabilité est très-grande, chez lesquelles le vaginisme fait son apparition aux premières approches du mariage.

Si l'état nerveux représente la prédisposition, la cause occasionnelle peut trouver sa source, comme l'a rapporté Scanzoni, non-seulement dans les premières tentatives de rapports sexuels, mais encore dans l'existence d'une affection de l'utérus ou de ses annexes. C'est le cas de la malade dont voici l'observation, chez laquelle le tempérament nerveux, la diathèse herpétique et les premiers rapports sexuels représentent les conditions étiologiques.

Cas de vaginisme chez une femme mariée depuis cinq mois. — Rapports sexuels faciles. — Hypéresthésie vulvaire au troisième mois, en rapport avec un commencement d'endométrite avec adéno-lymphangite péri-utérine. — Contracture vulvaire au quatrième mois. — Points apophysaires douloureux dans la région lombo-sacrée et *au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales.* — Traitement local purement émollient. — Traitement des points douloureux apophysaires. — Guérison du vaginisme. — Grossesse.

Une dame espagnole âgée de vingt-huit ans, mariée depuis cinq mois, vient réclamer mes soins pour une affection douloureuse des parties sexuelles survenue depuis deux mois et empêchant d'une façon absolue les rapports depuis un mois, au moins.

La malade raconte que dans les premiers jours du mariage elle a beaucoup souffert, mais que la sensibilité de la vulve ayant disparu après quelques semaines, les rapports sexuels avaient pu s'accomplir sans déterminer aucune souffrance.

Après les troisièmes règles depuis le mariage, il survint un sentiment de lourdeur dans le petit bassin, une grande difficulté à marcher ou à se tenir debout longtemps, des pertes blanches, et peu de jours après, une sensibilité

très-grande à la vulve, surtout du côté droit. Les rapports quoique très-pénibles étaient encore possibles. Après les quatrièmes règles depuis le mariage, la vulve devint d'une sensibilité telle que la malade osait à peine, pour les soins de toilette, lotionner, avec une éponge, cette partie qui, disait-elle, s'était complétement fermée. — Toute approche du mari était devenue impossible.

Après avoir employé les bains de son et de carbonate de soude et l'application d'une pommade belladonée qui lui avaient été conseillés, n'éprouvant aucune modification dans son état, elle vint me consulter un mois et demi après le début de cette affection.

L'examen de la vulve, fait avec douceur, permet de constater l'état de contracture du constricteur Cunni et les efforts violents de contraction réflexe au moindre attouchement. L'index enduit de cérat, poussé lentement, franchit l'orifice vulvaire et retrouve à droite le point douloureux dès le début, signalé par la malade. Toute tentative d'investigation plus complète doit être suspendue, la patiente accusant une souffrance atroce, sur le point, dit-elle, de lui faire perdre connaissance.

L'exploration de la région dorso-lombaire est pratiquée avec soin. La région lombo-sacrée se trouve être le siége de nombreux points apophysaires ou nerveux, douloureux à la pression.

Dans la région dorsale deux points apophysaires seulement existent, *au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales.*

Sans prescrire l'emploi d'aucun moyen local, les tentatives de rapports sexuels étant interdites, nous faisons appliquer deux fois par jour sur la région endolorie (7e et 8e vertèbres dorsales) une compresse de flanelle recouverte d'une toile imperméable, imbibée d'un liniment contenant des substances révulsives et calmantes.

Cinq jours après, une tentative d'introduction de l'index est couronnée de succès. Quoique très-pénible encore, l'introduction peut être faite avec une certaine facilité. Les contractions du sphincter sont beaucoup moins énergiques.

Le traitement est continué pendant quinze jours encore, après lesquels nous pouvons introduire un petit spéculum bivalve.

La malade refuse l'application de vésicatoires ou de pointes de feu qui lui sont proposés, le traitement local est alors institué dans le but de hâter la guérison.

Des mèches enduites de cérat belladoné sont poussées dans le vagin et des injections avec de l'eau de son et de morelle sont pratiquées deux fois par jour.

La malade ne peut supporter l'application des mèches. Une exploration faite profondément, à l'aide du toucher et du spéculum, permet de constater l'existence d'une lésion ulcéreuse du col et du canal cervical, l'ouverture béante de

l'isthme et l'écoulement d'un liquide jaune, purulent, mal lié, caractéristique de l'endométrite utérine.

Nous trouvons là l'explication de l'existence de la névralgie lombo-sacrée et probablement aussi du vaginisme, les cas de vaginisme survenu sous l'influence d'une lésion utérine n'étant pas rares dans la science.

L'endométrite est traitée par les injections intra-utérines avec le salicylate de soude 10 p. 100.

Afin de ne pas froisser l'anneau vulvaire en introduisant des pansements glycérinés, nous donnons la préférence à des injections vaginales de glycérine pure à la dose de 60 gr., retenues dans l'organe par la position et l'obturation de la vulve, à l'aide de l'ouate appliquée à plat et maintenue par un bandage en T.

Des applications sédatives sont faites sur la région lombaire.

Le traitement de l'affection utérine marche de pair avec le traitement médullaire et la malade guérit en quatre mois sans aucun traitement local autre que les injections émollientes, puisque les mèches belladonées n'ont pu être supportées.

Les rapports sexuels sont permis alors que le spéculum passe facilement et la malade devient grosse. Elle quitte Paris au sixième mois de la grossesse.

Il n'existe ni douleur à la vulve ni sensibilité à la pression aux apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales.

Ce cas de vaginisme, à notre avis, doit reconnaître pour cause l'endométrite survenue à la première heure du mariage chez une herpétique. L'hypéresthésie vulvaire a été le prélude de l'apparition du vaginisme ; c'est elle qui produit l'irritation spinale localisée au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales. C'est cette hypéresthésie vulvaire qui envoie à la moelle dorsale cette excitation douloureuse qui ramène une contraction réflexe sur le constricteur de la vulve.

Ce nouveau fait prouve, comme les précédents, que toute affection des organes génitaux de la femme est en corrélation avec la souffrance d'une partie déterminée de la moelle épinière, dont il importe de modifier l'état morbide, si on veut arriver, d'une façon rapide et sûre, à la guérison de l'affection de l'appareil sexuel avec laquelle elle est en rapport.

On considère la période d'activité sexuelle, c'est-à-dire l'espace de temps qui sépare la puberté de la ménopause, comme exerçant

une véritable influence sur l'apparition du vaginisme. C'est rationnel et l'observation prouve la vérité de cette assertion. Cependant Debout et Sims ont observé cette affection, le premier chez une malade de cinquante-neuf ans, le second chez une malade de quarante-cinq ans. Il faut dire aussi que chez la malade de Debout le vaginisme avait été constaté onze ans auparavant, et que chez la malade de Marion Sims cette affection reconnaissait vingt-cinq années d'existence.

A la ménopause, les stimulations naturelles auxquelles l'appareil utéro-ovarien est périodiquement soumis cessent de se produire, les organes génitaux s'atrophient, mais lorsque la femme arrive à cette époque de la vie traînant après elle, depuis longtemps, des troubles de l'appareil utéro-ovarien, la névralgie lombo-abdominale non-seulement persiste, mais encore s'exaspère.

Dans ces conditions, il ne serait pas extraordinaire de rencontrer des cas de vaginisme après la période d'activité sexuelle. Vous en avez vu un cas, dans cette clinique, chez une femme qui n'est plus réglée depuis douze années, et qui malgré cela n'a pas abandonné comme elle nous en a fait la confidence toute prétention aux prérogatives de la jeunesse.

Ainsi donc, Messieurs, si le moment où la femme se livre aux premiers rapports sexuels ouvre l'ère du vaginisme, la ménopause ne la ferme pas absolument. En outre cette loi n'a rien d'absolu, car chez les jeunes filles, le vaginisme peut se montrer et donner lieu aux mêmes réactions spinales. La relation du cas suivant en est la meilleure preuve.

Cas de vaginisme en rapport avec une vaginite herpétique chez une jeune fille de dix-huit ans, dépérissement. — Tentative infructueuse de traitement direct de la vaginite. — Points apophysaires et nerfs émergents douloureux (7me et 8me vertèbres dorsales). — Traitement des points douloureux apophysaires, modification du vaginisme, possibilité de traiter directement la vaginite, guérison complète du vaginisme.

Une jeune personne de dix-huit ans que j'ai connue tout enfant, et dont la mère a succombé aux atteintes de la phthisie chronique, a passé cinq années (de douze à dix-sept) dans le nord de la Hollande. Il y a un an, son père dut la faire revenir à Paris, le médecin ayant déclaré que le dépérissement et les

pertes blanches ne cesseraient qu'en abandonnant le climat humide et froid des Pays-Bas.

Pour arrêter ces pertes blanches, un examen direct avait été pratiqué, afin de tenter l'introduction d'un liquide modificateur, mais toute introduction de canule avait été impossible.

La jeune malade se rappelle qu'à l'âge de quinze ans, époque à laquelle elle fut réglée pour la première fois, elle éprouva de vives douleurs dans la région des reins et dans le dos, que ces douleurs réapparurent souvent depuis lors et qu'à chaque retour, des pertes blanches abondantes les accompagnaient. Peu à peu les douleurs persistèrent à l'état permanent ainsi que les pertes blanches, et la vulve devint douloureuse au toucher dans les soins de propreté. Plus tard cet organe devint le siège d'un état de tension douloureuse s'accompagnant *de mouvements* qui donnaient à la jeune malade des secousses pénibles qu'elle comparait aux secousses électriques.

Après avoir reconnu par l'examen direct la contracture du sphincter et l'impossibilité de rien tenter localement pour améliorer la vaginite, toute notre attention se concentra sur la région dorso-lombaire de la moelle.

Les apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales étaient douloureuses à la pression aussi bien que les nerfs émergents. La région lombo-sacrée présentait aussi de nombreux points douloureux, ce qui, d'après nous, indiquait un état morbide des organes de l'appareil utéro-ovarien.

Des applications de chloroforme, d'essence de térébenthine et d'extrait thébaïque furent faites, matin et soir, sur la région dorsale endolorie.

Sous l'influence de ces applications, le spasme du sphincter ne tarda pas à s'amender et il fut possible d'examiner la vulve sans faire pousser à la malade des cris de terreur.

Il y avait à peine un mois que le traitement de la région médullaire intéressée était en jeu, que l'introduction de la canule d'un appareil à irrigations était facilement supportée.

En même temps qu'un traitement général approprié, des injections avec de l'eau tiède chargée de coaltar saponiné étaient faites, matin et soir, pendant trente minutes. Quinze litres de liquide, à peu près, étaient employés à chaque irrigation.

Les pertes blanches diminuèrent très-rapidement ; l'hypéresthésie vulvaire et le spasme s'amendèrent de plus en plus, si bien qu'à l'aide d'un spéculum virgineum, il fut possible de se rendre compte de l'état de la muqueuse vaginale et de celui du col utérin.

La muqueuse vaginale rouge et granuleuse déversait les pertes purulentes qui avaient épuisé la petite malade, et les lèvres du col baignant dans ce liquide étaient rouges et desquamées.

Nous avions affaire à une vaginite granuleuse en relation avec la diathèse herpétique bien manifeste chez cette jeune fille et développée sous l'influence d'un climat humide et froid.

Le vaginisme reconnaissait pour cause la vaginite et la révulsion pratiquée sur la région dorsale (7me et 8me vertèbres dorsales) avait eu pour résultat d'atténuer le spasme et l'hypéresthésie vulvaire et de permettre le traitement de la vaginite, cause première de l'hypéresthésie : l'hypéresthésie ayant à son tour causé le vaginisme.

Ce nouveau cas, tout en démontrant l'influence de la vaginite sur l'irritation vulvaire qui amène l'hypéresthésie et plus tard la contracture du sphincter vaginal, nous fait constater, une fois de plus, l'existence de l'irritation spinale localisée au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales. L'influence remarquable d'un traitement dirigé sur cette région vient justifier les vues pathogénétiques que nous avons résumées au début de cette leçon.

Nous n'avons pas le loisir de discuter les nombreuses causes prédisposantes et occasionnelles qu'on a attribuées au vaginisme. Il nous suffit de passer en revue celles qui nous semblent avoir une réelle importance.

Parmi les causes prédisposantes, l'âge et le tempérament nerveux ont été déjà mentionnés.

Scanzoni insiste sur le rôle joué par l'hystérie. Ne serait-ce pas plutôt l'hypéresthésie vulvaire et la généralisation de l'irritation spinale qui feraient apparaître des accidents hystériformes, comme nous l'avons observé plusieurs fois.

La résistance de la membrane hymen et l'incurie, la faiblesse génitale ou la brutalité du mari ont été signalées par quelques auteurs.

Signalons enfin la masturbation et les excès de coït, étant donnée une prédisposition nerveuse qui élève aussitôt ces deux causes au rang de causes occasionnelles.

Les véritables causes occasionnelles du vaginisme sont nombreuses. En premier lieu l'hypéresthésie de la vulve, qui n'est autre que le premier terme du vaginisme, doit être mentionnée la première.

Le prurit vulvaire, les fissures siégeant surtout sur les caroncules myrtiformes, la vulvite et la vaginite dont nous venons de citer un

exemple, l'eczéma, l'herpès de la vulve, la présence d'un corps étranger, d'un pessaire qui a déterminé une inflammation vaginale, la fausse couche, l'accouchement même, certaines maladies de l'anus et du rectum et la plupart des affections de l'utérus ont été reconnus comme causes occasionnelles du spasme vulvaire.

Tout cela est fort bien, Messieurs, les observations existent, elles sont probantes, mais la cause prédisposante capitale est indispensable à l'action de ces causes occasionnelles. Cette modalité spéciale du système nerveux qui transforme la femme en sensitive et la conduit peu à peu à la névropathie protéiforme de Crisc, au nervosisme de M. Bouchut; voilà la cause prédisposante indispensable, voilà le vrai substratum du vaginisme.

Les femmes que vous voyez à l'aurore de la période de l'activité sexuelle, sensibilisées de la sorte, sont-elles hystériques, serontelles hystériques? Quelques-unes, c'est possible, mais c'est le petit nombre.

Le tempérament nerveux appartient aux diathésiques, aux arthritiques, comme aux herpétiques, comme aux lymphatiques. Le manque d'équilibre dans la santé de la femme éveille l'hyperexcitabilité nerveuse, alors même que la diathèse ne se révèle encore que chez les ascendants.

Cette tache originelle, qui s'accusera davantage à mesure que le sujet avancera dans la vie, semble avoir frappé d'abord le système nerveux en exagérant sa vibration. Une manifestation localisée, une véritable lésion apparaîtra plus tard confirmant la nature de la diathèse ou de la maladie constitutionnelle inhérente à l'individu.

La symptomatologie du vaginisme réside tout entière dans les phénomènes morbides révélés à l'examen de l'orifice vulvaire, à l'examen de la région dorsale de l'épine.

Douleur excessive au moment du coït, ce qui en rend impossible l'accomplissement, et douleur identique lorsque le médecin tente l'exploration de la région avec un petit spéculum ou même avec le doigt: tel est le premier signe révélateur de l'affection.

Vient ensuite la diminution de diamètre de l'orifice et la coarcta-

tion exercée par le spasme du constricteur, s'il existe autre chose que de l'hypéresthésie vulvaire, à ce moment-là.

Du côté de la moelle, les points douloureux à la pression, au sommet des apophyses épineuses des 7e et 8e vertèbres dorsales, et au niveau des nerfs émergents sur l'un ou l'autre côté, quelquefois sur les deux.

Signalons enfin quelques symptômes généraux d'une certaine importance : la perte de l'appétit, l'amaigrissement, l'apparition de névralgies, l'exagération de l'état nerveux qui se transforme en véritable névropathie, les troubles menstruels, souvent la chlorose.

Il est rare que les femmes atteintes de vaginisme ne soient pas stériles. L'obstacle insurmontable créé à l'intromission en est la cause. En effet, dans plusieurs cas, la grossesse a pu survenir, la malade ayant été éthérisée dans le but de rendre possibles la copulation et la fécondation.

Jusqu'à ce jour, Messieurs, on a traité le vaginisme en s'acharnant sur la lésion. C'est à peine si l'apaisement du système nerveux et la réparation de la santé sont entrés en ligne de compte.

Le traitement local a été abordé de bien des façons.

Le parrain de cette affection, celui qui lui a donné le nom de *vaginisme*, Marion Sims, a préconisé les sections multiples du sphincter du vagin, avec excision des débris de l'hymen et dilatation subséquente.

La section du sphincter avait été pratiquée antérieurement dans ce cas-là par trois chirurgiens français, Huguier, Pinel Grandchamps et Michon, qui obtinrent des résultats sans faire suivre cette opération de l'excision et de la dilatation.

Plus tard Poullet, de Lyon, s'est contenté de l'incision de l'hymen et de la muqueuse de l'anneau.

Nombre de chirurgiens s'en tiennent aujourd'hui à la dilatation soit graduelle, soit brusque, assimilant le spasme vaginal à la con-

tracture du sphincter de l'anus. Les uns et les autres publient de bons résultats.

Pour ceux qui croient retrouver toujours une lésion vulvaire,point de départ de l'affection, la cautérisation est le moyen par excellence.

Les suppositoires et les cataplasmes vaginaux, les mèches belladonées, les topiques cicatrisants ou sédatifs représentent enfin la série des moyens auxquels s'arrêtent de nombreux praticiens.

La découverte d'un élément nouveau, dans la pathogénie du vaginisme, devait nécessairement, nous permettre d'introduire dans le traitement de cette affection une indication nouvelle, *faire cesser l'hyperexcitabilité de la région irritée de la moelle, siège probable de l'origine du nerf honteux interne.*

Ne croyez pas, Messieurs, que notre intention soit de bannir tout traitement local et d'en détourner votre attention pour la concentrer exclusivement sur la moelle. — Si nous en avons agi ainsi dans les quelques cas que nous vous avons présentés et dans ceux que nous vous avons cités, ensemble d'observations qui atteint aujourd'hui le chiffre quatorze, c'était dans le but de vous bien démontrer, en nous bornant au traitement médullaire, le bien-fondé de notre appréciation sur le rôle de la moelle dans le vaginisme.

Quels seront les moyens à mettre en pratique pour faire cesser l'irritation spinale localisée ?

Les plus simples nous ont valu quelques succès. — C'est ainsi qu'il nous a suffi, quelquefois, de faire appliquer, *loco dolenti*, matin et soir, des compresses imbibées de chloroforme et d'alcoolat de Fioravanti.

D'autres fois nous avons donné la préférence au vésicatoire volant, guidé en cela par l'intensité de la réaction douloureuse ou le désir des malades.

La teinture d'iode hyperiodée est encore un bon moyen.

Dans le plus grand nombre des cas, et surtout chez les plus invé-

térés, la cautérisation ponctuée à l'aide du thermo-cautère, répétée deux et trois fois par semaine, a amené la guérison.

Quand il ne s'agit plus de démontrer le rôle de l'irritation spinale, le traitement doit embrasser toutes les indications ; aussi le point d'irritation périphérique, c'est-à-dire l'hymen ou les caroncules, doivent être l'objet de soins directs à l'aide des moyens que nous vous avons signalés et qui sont de l'ordre médical et de l'ordre chirurgical, à votre choix. — L'indication précise des moyens chirurgicaux existe bien rarement, à notre avis.

Les médecins qui ont employé, à l'instar de Raciborski et de Lorrain, le bromure de potassium, indiqué surtout, d'après ces auteurs, lorsqu'il existe des troubles de la menstruation, agissaient sur le pouvoir excito-moteur de la moelle et diminuaient ainsi l'irritation spinale localisée que nous avons eu l'heureuse chance de découvrir.

Quant aux indications générales, elles sont toutes empruntées à l'examen de la santé. Il n'est point nécessaire d'y insister d'une façon particulière. Vos connaissances en pathologie et en clinique vous serviront de guide dans cette circonstance.

Cette esquisse que nous venons de terminer, en lui donnant une certaine extension dans le but de faire un cadre à cet exposé pathogénétique nouveau du vaginisme, ne saurait être complète, à ce dernier point de vue, si nous ne répétions en finissant les propositions énoncées au commencement de cette leçon et que voici :

A. — La contracture vulvaire à laquelle on a donné le nom de *vaginisme* a pour origine un point hypéresthésique ayant pour siège, chez les vierges, la membrane hymen; chez les femmes déflorées, une ou plusieurs des caroncules myrtiformes qui représentent les derniers vestiges de cette membrane.

B. — Ce point hypéresthésié est habituellement unilatéral, il siège sur une des branches du nerf honteux interne (branche périnéale inférieure) qui appartient aux branches qui se distribuent à la partie antérieure du vagin et à la vulve.

C. — Sous l'influence des excitations génitales (coït, leucorrhée, menstruation, etc.), partent du point hypéresthésié des stimulations qui, transmises à la moelle, sont transformées en actions réflexes, en contractures du bulbéo-caverneux (constricteur du vagin).

D. — Avec l'hypéresthésie simple ou compliquée de contracture, c'est-à-dire avec l'hypéresthésie vulvaire avec ou sans vaginisme, il existe, *dans tous les cas*, à la pression une apophysialgie des apophyses épineuses des 7ᵉ et 8ᵉ vertèbres dorsales.

E. — On sait combien est rebelle cette affection à laquelle on a opposé les traitements les plus variés tant de l'ordre médical que de l'ordre chirurgical ; il est intéressant de voir avec quelle netteté cède cette affection, lorsqu'une médication révulsive est directement appliquée sur les points apophysaires (7ᵉ et 8ᵉ vertèbres dorsales).

D. — Nous avons traité jusqu'ici onze cas de vaginisme, sans nous occuper de la lésion locale qui pour les auteurs est le point sur lequel doit exclusivement porter la médication.

E. — D'après cela, il y a lieu de considérer le vaginisme, c'est-à-dire la contracture vulvaire, comme un phénomène secondaire consécutif à une hypéresthésie ayant son siège dans l'hymen ou les caroncules myrtiformes, hypéresthésie due, habituellement, à une stimulation directe de ces organes.

F. — Cette stimulation vulvaire transmise de la moelle détermine par action réflexe la contracture du constricteur de la vulve.

G. — La portion de la moelle où se reproduit cette action réflexe se trouve au niveau des 7ᵉ et 8ᵉ vertèbres dorsales. Cette portion de la moelle est le siège d'une irritation spinale localisée démontrée par les apophysialgies et l'endolorissement des nerfs émergents.

H. — Tout traitement révulsif, rationnellement conduit, porté au niveau des 7ᵉ et 8ᵉ vertèbres dorsales fait disparaître les points apophysaires et l'endolorissement des nerfs émergents, ce qui a pour conséquence, en supprimant l'irritation spinale, de faire tomber le spasme tonique du constricteur du vagin.

J. — Cela démontre bien que la portion de la moelle en jeu dans la production du vaginisme étant limitée par les 7ᵉ et 8ᵉ vertèbres dorsales et traduisant sa souffrance par des apophysialgies et l'endolorissement des nerfs émergents, une indication nouvelle surgit dans

le traitement de cette affection : éteindre l'irritation spinale localisée siège du phénomène réflexe qui produit la contracture du sphincter de la vulve.

K. — Enfin, on comprend qu'il ne soit pas indispensable de retrouver une fissure, une écorchure, une déchirure, en un mot une lésion quelconque sur les caroncules ou sur l'hymen pour expliquer l'existence du vaginisme, puisque une chute sur le dos a pu provoquer d'emblée l'apparition de cette affection.

Des tentatives d'intromission chez une vierge névropathe ou chez une hystérique, en provoquant une stimulation douloureuse, pourront créer l'irritation spinale localisée d'où résultera le vaginisme, la prédisposition névropathique favorisant l'établissement rapide de l'affection.

UN CAS D'HYSTÉRO-PSYCHOSE

Par le docteur George-J. ENGELMANN.

Traduit de l'anglais par le docteur Raoul FAUQUEZ, médecin adjoint de Saint-Lazare.

L'accueil fait par les lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* à notre traduction du mémoire du Dr George-J. Engelmann, sur les hystéro-névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac, nous a encouragé à mettre sous leurs yeux la relation d'un cas d'épilepsie en rapport avec une érosion du col de l'utérus que M. le Dr Engelmann nous a communiquée en nous autorisant à la reproduire en français et à laquelle M. le Directeur de la *Revue* a bien voulu, avec son obligeance habituelle, réserver une petite place.

Il nous a paru utile de porter à la connaissance des lecteurs de ce journal cette communication du Dr Engelmann qui vient corroborer les idées émises par lui dans son mémoire sur les hystéro-névroses,

idées qui sont en communion parfaite avec celles du Dr Chéron et que doivent partager tous ceux qui suivent son enseignement soit à l'École pratique de la Faculté de médecine, soit à sa clinique, soit dans sa Revue médico-chirurgicale.

Nous insisterons près de nos lecteurs, pour leur faire bien remarquer que, dans le cas dont M. Engelmann publie la relation, le mot hystéro-épilepsie signifie épilepsie en rapport avec une affection de l'utérus et n'a rien de commun avec le terme hystéro-épilepsie que les médecins qui s'occupent de maladies mentales et de maladies nerveuses ont l'habitude d'employer lorsqu'ils parlent d'attaques d'épilepsie chez une hystérique.

Ici, comme dans les quelques lignes dont nous avons fait suivre notre traduction des hystéro-névroses, nous dirons que nous aurions préféré le mot utéro-psychose ou utéro-épilepsie qui n'exposerait à aucune erreur d'interprétation, mais le respect que nous devons avoir pour le texte de l'auteur nous oblige à conserver le terme qu'il a adopté.

R. Fauquez.

ÉPILEPSIE EN RAPPORT AVEC UNE ÉROSION DU COL DE L'UTÉRUS.

Je me suis efforcé récemment d'appeler l'attention sur une catégorie de cas que j'ai décrits sous le nom d'hystéro-névroses ; cas qui peuvent simuler les maladies les plus diverses, mais qui sont un simple phénomène réflexe sous la dépendance de troubles utérins, dépendance qui est parfaitement prouvée par leur disparition après la guérison de l'affection utérine soumise à un traitement local.

Le cas ci-joint est un trouble cérébro-spinal consécutif à une maladie de la matrice et causé par elle, une hystéro-psychose, ou, en meilleurs termes, une hystéro-épilepsie ; hystéro-épilepsie propre, épilepsie d'origine utérine, non pas une hystéro-épilepsie telle que les aliénistes, Hammond et autres, ont coutume de désigner sous ce nom, épilepsie chez une femme hystérique ou épilepsie accompagnée de manifestations érotiques.

Madame O...., une brunette de taille moyenne, âgée de vingt-huit ans, avait été réglée pour la première fois à quinze ans et mariée à vingt-quatre ; les époques avaient été parfaitement normales avant et après le mariage, de trois jours de durée, n'ayant jamais été douloureuses ; elle avait toujours été bien portante, sans prédispositions héréditaires. Aussitôt après son mariage, elle avait fait une fausse couche d'environ six semaines ; depuis lors elle eut deux enfants dont le plus jeune a maintenant dix-huit mois.

Quelques semaines après sa dernière couche, elle se plaignit pour la première fois de ces lourdeurs de tête, de ces vertiges et de cette langueur dont elle a toujours souffert depuis ; les attaques d'épilepsie apparurent en même temps, d'abord sous une forme légère, une ou deux fois par mois, avec le caractère d'un resserrement de la poitrine et d'une brièveté de la respiration qui disparaissaient dans l'espace de cinq à dix minutes.

Ces attaques augmentèrent rapidement d'intensité et de gravité ; elles commencent de la même façon,par la brièveté de la respiration, de l'oppression et une sensation de constriction de la poitrine accompagnée alors d'élancements dans les doigts, de crispations spasmodiques des mains, puis elle perd connaissance ; des mouvements convulsifs dans les bras et l'opisthotonos viennent ensuite. Ce dernier phénomène est quelquefois si intense que les talons touchent presque la tête et la contraction des muscles de la région dorsale est si brusque et si violente qu'un seul effort a suffi pour que la malade se jetât elle-même du milieu de son lit sur le plancher.

Pendant l'attaque, qui dure de dix à quinze minutes, la malade est absolument sans connaissance, les yeux sont clos, les mains ne sont pas solidement fermées et le pouce n'est pas tourné en dedans ; un stade de relâchement succède. Durant le dernier mois de son séjour au lit, les attaques furent sérieuses et très-fréquentes et devinrent de plus en plus intolérables, malgré l'usage du bromure de potassium et du chloral à hautes doses qui furent très-judicieusement prescrits par le médecin qui la soignait.

Comme l'état de la malade ne s'améliorait pas, le Dr H. Greiner fut appelé ; il continua le même traitement en y ajoutant des injections d'opium. Par erreur, la malade prit un jour à l'intérieur une cuillerée

à café de forte teinture d'opium, mais cela n'arrêta pas les attaques qui apparurent depuis lors trois ou quatre fois par jour, avec une grande intensité, pendant dix à quinze minutes chaque fois.

Le 18 mars 1878, je vis pour la première fois madame O...., en consultation avec le Dr Greiner ; nous venions à peine d'entrer dans sa chambre que ses doigts commencèrent à se crisper, ses yeux étaient fermés, sa tête était enfoncée dans l'oreiller et elle était en opisthotonos complet.

Le spasme céda pendant un moment pour reprendre avec plus d'intensité, la contraction violente des muscles de la région dorsale rejetait la malade d'un côté du lit à l'autre, tellement que nos efforts combinés réussissaient à peine à l'y maintenir. A l'attaque qui dura environ douze minutes, succéda la stupeur. Je trouvai la malade très-souffrante, se plaignant surtout de douleurs dans le dos et à l'hypogastre, de lourdeur de tête, de symptômes fébriles passagers et parfois de nausées et de vomissements, plus particulièrement le matin; elle avait de la constipation, la conjonctive était légèrement injectée, la pupille normale se contractait très-bien mais lentement. Elle avait le regard lourd et hébété et n'était pas prompte dans ses réponses ; en effet, le Dr Greiner m'avait dit que je devrais avoir de la patience, car elle était un peu lente à comprendre. Le ventre était tendu et très-sensible au toucher, surtout du côté droit où nous trouvions de la matité à la percussion, une légère tuméfaction et un gargouillement très-net à la pression.

Les parois vaginales étaient tuméfiées ; le col de l'utérus était augmenté de volume et congestionné avec une large érosion (généralement appelée ulcération) étendue tout autour de l'orifice du canal cervical. Le col était très-sensible, mais bien moins vivement douloureux, au plus léger toucher, que la masse qu'on pouvait sentir un peu au-dessus de lui dans le cul-de-sac postérieur. On trouvait à gauche une tumeur plus dure et moins sensible formée probablement par des matières fécales.

Bien qu'une période menstruelle eût fait défaut, la malade ayant été réglée pour la dernière fois le 18 janvier, je me décidai à introduire la sonde utérine qui pénétra facilement à la profondeur de 7 centimètres 3/4, sans provoquer aucune douleur, sans causer la

moindre sensation lorsqu'elle toucha le fond de l'utérus et sans amener une seule goutte de sang. L'état des organes pelviens était tel qu'un examen approfondi était impossible ; la grossesse était probable, mais, comme je pensais que les attaques d'épilepsie étaient dues à l'état pathologique de la matrice, je me décidai à limiter le traitement à cet organe et à ses annexes, sans avoir égard au produit de la conception, et à arrêter toute médication. Le col érosionné fut cautérisé à fond avec l'acide nitrique et un tampon de coton enduit de glycérine fut placé dans le vagin ; des cataplasmes chauds sur l'abdomen furent ordonnés et trois fois par jour des injections intravaginales, d'abord avec de l'eau de graine de lin et de l'opium, ensuite avec de l'eau chaude ; les intestins furent maintenus libres au moyen de laxatifs doux.

A l'exception d'un léger spasme, le 18 au soir, les attaques d'épilepsie ne reparurent pas depuis le moment de l'application de l'acide nitrique jusqu'au 22, malgré l'abandon de tous les sédatifs. Le ballonnement du ventre et la douleur disparurent entièrement dans l'espace de deux jours, la malade se trouva bientôt mieux mais faible, et une crise de fièvre intermittente qui se déclara céda bientôt à la quinine.

Le 23, les organes étaient souples, mous et très-peu sensibles et je pus faire un examen complet avec les deux mains; je trouvai dans le cul-de-sac postérieur une tumeur élastique que je supposai être l'utérus gravide rétrofléchi ; craignant un retour d'attaques d'épilepsie, et les vomissements étant tout à fait inquiétants, je me décidai à remplir moi-même l'indication et, avec la sonde et les doigts, je replaçai l'utérus et fis tourner librement la sonde dans la cavité utérine. Cette tentative n'amena ni sang, ni liquide amniotique. Un mélange d'acide phénique, glycérine et esprit-de-vin fut appliqué sur le col sensiblement amélioré.

Le 24, la malade eut une attaque très-sérieuse qui obligea le Dr Greiner à avoir recours au chloroforme. Le lendemain nous nous retrouvâmes encore auprès de son lit ; l'érosion était améliorée, la matrice était dans sa position normale ; à l'avenir, la flexion qui existait précédemment ne pourrait plus reproduire la névrose. Comme la première fois, l'emploi de la sonde fut simplement suivi d'une lé-

gère apparition de sang ; je restai dans le doute, quant au diagnostic de la grossesse, mais je n'hésitai pas à débarrasser l'utérus de son contenu, si toutefois il en existait un. Je passai encore librement l'instrument autour de l'œuf supposé, ne causant qu'une très-faible douleur et pas d'écoulement.

Le 26 mars, ni hémorrhagie, ni expulsion d'aucune sorte, ni attaque d'épilepsie, mais des vomissements très-inquiétants ; nous introduisîmes une tige d'éponge préparée afin de pouvoir enfin déterminer la cause de l'augmentation de volume de l'utérus et, s'il était dû à la conception, provoquer l'avortement. L'enlèvement de la tige, le jour suivant, 27, fut suivi de l'expulsion d'un fœtus de trente et un jours en bon état.

Je ne vis la malade que deux jours après et je trouvai chez elle un changement remarquable ; son teint était meilleur, elle n'avait plus ce regard lourd et hébété, les vomissements avaient cessé avec l'expulsion du fœtus et les attaques d'épilepsie ne reparurent plus depuis la crise grave du 24 ; en réalité, elles n'avaient reparu que deux fois après la première cautérisation du col.

Le ventre était mou, il n'y avait pas de sensibilité, elle ne se plaignait de rien et exprimait elle-même qu'elle se trouvait « comme une femme bien portante ».

Deux semaines après l'avortement, madame O... se livrait aux soins les plus faciles de la maison, se sentant plus forte et plus gaie qu'elle ne l'avait jamais été depuis la naissance de son dernier enfant ; es attaques ne se montrèrent plus et elle fut délivrée de ces vertiges et de ces langueurs qui l'accablaient autrefois.

L'épilepsie fut guérie par une application d'acide nitrique sur le col érosionné.

J'ai décrit deux cas également remarquables dans mon article sur les hystéro-névroses (Comptes rendus de la Société américaine de gynécologie, vol. II, 1877) (1) ; dans un de ces cas, les attaques d'épilepsie disparurent avec la guérison de l'érosion, de l'endométrite cervicale et de l'aménorrhée; dans l'autre, le résultat, fut encore plus remarquable ; une petite fille presque idiote, atteinte d'attaques d'é-

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879, octobre, novembre, décembre.

pilepsie fréquentes et de longue durée, qui était une charge pour ceux qui l'entouraient, devint une belle jeune fille qui reprit parmi les siens son rôle de membre actif après l'établissement de la menstruation et la guérison de troubles utérins.

Le Dr J.-M.-Mc. Whorter (Comptes rendus de la Société médicale de la Virginie occidentale, 1877 p. 308) cite un cas analogue ; épilepsie durant depuis quatre ans chez une fille vierge de vingt-six ans, guérie après deux mois de traitement d'une maladie de la matrice et la guérison d'une « ulcération » du col.

Dans ce cas, dix ans se sont écoulés sans que les attaques d'épilepsie aient reparu.

La personne jouit d'une bonne santé, ses facultés mentales se sont conservées intactes et elle est devenue mère de deux beaux enfants.

Je ne doute pas que ce ne soit là un véritable cas d'hystéro-psychose, bien que le Dr Mc. Whorter ait combiné le traitement local avec l'usage à l'intérieur d'iodure et de bromure de potassium auxquels, je dois le rappeler, je n'ai pas eu recours dans les cas qui me sont personnels.

Ces cas d'hystéro-névroses résultant d'une action réflexe, soit sur les centres nerveux, soit sur le pharynx, les bronches ou autres organes, méritent la plus grande attention et devraient être pris en sérieuse considération, en raison de leur importance pratique, non-seulement par les spécialistes, mais encore par tous les médecins.

Nos livres classiques se taisent sur ce sujet qui a été négligé au détriment de beaucoup de malades. Un grand nombre de pauvres femmes, affligées d'une toux opiniâtre ou d'une dyspepsie fatigante, ont épuisé en vain tous les trésors variés de la pharmacopée tandis que le spéculum seul aurait fourni les indications d'un traitement efficace.

Encore plus muette est l'histoire de ces infortunées qui ont été enfermées dans des asiles d'aliénés où elles ont terminé, comme des malheureuses privées de raison, une vie qui aurait pu être utile et heureuse si la maladie de la matrice, cause première de leur désordre intellectuel, avait été reconnue et traitée à temps.

3303. *Locust street*, avril 1878.

NOTE

SUR L'EMPLOI DU SPÉCULUM GRILLAGÉ DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS UTÉRO-VAGINALES, PAR LES EAUX MINÉRALES DE LUXEUIL.

Par le Docteur CHAMPOUILLON.

En voyant le nombre des femmes qui encombrent, chaque année, l'établissement thermal de Luxeuil, on est tout naturellement porté à reconnaître que les procédés chirurgicaux, de même que les médications pharmaceutiques, ne réussissent pas toujours à assurer la guérison complète et définitive des maladies de la matrice et du vagin, et que, pour les cas rebelles, ce n'est pas en vain que l'on fait appel au concours des eaux minérales administrées en boissons, en bains et surtout en injections.

Pour pratiquer les injections et les irrigations vaginales, on se sert habituellement d'une canule à tête olivaire dont le contour et l'extrémité sont percés de plusieurs petites ouvertures destinées à livrer passage aux liquides médicamenteux. Ceux-ci, en débouchant par le pertuis terminal, vont frapper le col de la matrice, comme le ferait une douche filiforme, rencontre particulièrement favorisée par l'abaissement de l'utérus. De ce choc plus ou moins aigu peuvent résulter des douleurs souvent très-vives, suivies d'un léger météorisme simulant le début d'une métro-péritonite. C'est que chez un grand nombre de femmes, en effet, la matrice saine ou malade peu répondre à la moindre provocation, à une injection d'eau de guimauve, par exemple, par des emportements désordonnés.

Il est à noter, au point de vue des résultats, qu'avec les injections ordinaires, le vagin n'est jamais déplissé dans toute son étendue, de sorte que ni son cul-de-sac ni ses rides transversales ne peuvent être suffisamment détergés.

Mais ce que l'on est surtout fondé à reprocher à la méthode des injections, quel qu'en soit le mécanisme, c'est qu'elles ne sauraient

être prolongées ou renouvelées autant que le comportent les nécessités du traitement.

L'irrigation, qui n'est, en définitive, qu'une injection continue, a les mêmes inconvénients et offre les mêmes dangers que celle-ci. Afin de rendre les irrigations plus régulières et moins brutales, on a eu l'idée d'imprimer au courant, la marche continue d'un jeu de siphon, mené avec douceur. Mais alors les ondées,ayant une allure un peu nonchalante, n'arrivent que difficilement au col de la matrice ou au fond du vagin dont les parois sont quelquefois opprimées par la graisse chez les femmes obèses ; de sorte que ces parties échappent au lavage et à l'imprégnation dont elles ont besoin.

Je crois avoir trouvé dans le spéculum grillagé (fig. 1) le meilleur de tous les engins de balnéation locale,pour la région utéro-vaginale.

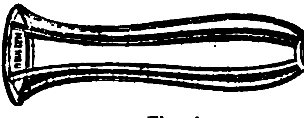


Fig. 1.

Par sa forme, sa légèreté, son genre de membrure et par sa manière de fonctionner, cet instrument déplisse les parois du vagin dans toute leur étendue ; il met en quelque sorte à jour le col de la matrice que le liquide aborde sans violence, sans choc, et qu'il baigne aussi longtemps que dure le bain lui-même. Le spéculum grillagé a donc, sous ce rapport, des avantages incontestables, mais en revanche il offre l'inconvénient de ne pouvoir fonctionner et s'utiliser que dans un bain.

Depuis que j'emploie, à Luxeuil, le spéculum grillagé dans le traitement des affections variées de la matrice, je n'ai pas encore eu l'occasion de noter un seul cas d'intolérance de la part de cet organe. Quant aux résultats thérapeutiques, généralement très-satisfaisants, le spéculum n'y a qu'une part indirecte, la part qui revient à un outillage excellent pour aider au succès d'une médication topique. Il ressort des comparaisons que j'ai faites avec une scrupuleuse attention, et sans tenir compte, pour le moment, de la nature des eaux minérales mises en usage, que le bain local est infiniment préférable aux irrigations. Cette supériorité devient surtout visible dans les cas :

1° De métrorrhagie passive, symptomatique de l'atonie du parenchyme utérin ;

2° De vaginisme ;

3° De rougeur exagérée du col consécutive aux cautérisations réitérées de cette partie ;

4° D'impressionnabilité excessive de la région utéro-vaginale chez les femmes délicates, nerveuses ou hystériques ;

5° De leucorrhée avec ou sans granulations.

Il serait difficile d'ailleurs de méconnaître la supériorité du spéculum grillagé sur la canule, comme appareils de balnéation vaginale, quand on voit, comme je l'ai vu si souvent, certaines affections utérines s'améliorer ou guérir avec le premier de ces instruments, demeurer stationnaires ou s'aggraver avec le second.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

SERVICE DU Dr BOUCHUT

DE LA LEUCORRHÉE CHEZ L'ENFANT

ÉTIOLOGIE, NATURE ET TRAITEMENT.

Leçon recueillie et rédigée par Ed. JUHEL-RENOY, interne des hôpitaux.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, plusieurs enfants atteintes d'une affection assez commune, fort connue, je m'empresse de le dire, qu'on nomme la *leucorrhée*. Mon intention est de vous entretenir ce matin, spécialement, de l'étiologie, de la nature et du traitement de cette maladie. Les idées que je vais vous exposer, en ce qui concerne particulièrement la nature de la leucorrhée, n'ont pas cours dans la science, à l'heure actuelle. C'est une vue propre de mon esprit, en faveur de laquelle je n'ai point d'arguments d'une précision mathématique, mais des données tirées de la pathologie

générale, cequi, à mes yeux, équivaut presque à une démonstration technique.

Les exemples de leucorrhée ne sont point rares en ce moment dans la salle Sainte-Catherine ; vous pouvez examiner successivement les enfants des n°s 5, 10, 42 et 49, vous les trouverez toutes ayant à la vulve un écoulement jaunâtre, franchement purulent, qui macule leur linge, et qui par ses propriétés irritantes détermine une rougeur érythémateuse de la face interne des lèvres et des cuisses. Ces faits sont la reproduction exacte de ce qui se passe chez la femme adulte leucorrhéïque ; aussi n'y insisterai-je pas.

J'aime mieux aborder de suite un chapitre bien autrement difficile, avec lequel vous vous trouverez aux prises dès votre entrée dans la carrière médicale, je veux parler de l'étiologie. En effet, Messieurs, sachez-le bien, vous serez tenus de vous prononcer vite et d'une façon catégorique sous peine de perdre l'autorité que vous devez avoir dans les familles. Si vous le permettez, je vais vous dire en quelques mots comment les choses se passent dans la pratique, et je vais vous faire le scénario (passez-moi l'expression) de ce qui arrive quotidiennement dans mon cabinet. « Docteur, vous dit une mère, je me suis aperçue que depuis quelque temps ma fille a des pertes. Elle souille linge, literie, etc. Je ne sais d'où cela peut provenir. Ma fille ne me quitte jamais, elle est l'objet de toute ma surveillance ; je connais mon personnel domestique ; docteur, rassurez-moi, faites-moi connaître de quelle façon mon enfant peut être atteinte d'une semblable affection. »

Voilà, Messieurs, à quelques nuances près, le colloque qui s'engage entre vous et la mère de l'enfant malade. Ce que je ne peux vous peindre, ce sont les réticences, les sous-entendus qui accompagnent l'aveu de cette affection que la mère, malgré la certitude de sa surveillance, soupçonne d'être honteuse. Retenez-le, Messieurs, cet instant est décisif ; vous avez à ce moment un rôle double ; outre celui du médecin qui est de rassurer la mère, de lui dire que c'est là une affection commune sans gravité, vous avez le devoir impérieux de lever les soupçons injurieux qui pèsent sur une pauvre enfant et son entourage. Vous y arriverez si, dès l'abord, vous êtes absolus dans vos affirmations. Si, au contraire, troublés par cette affection

inattendue, vous vous laissez aller à émettre des doutes, tenez pour certain que la mère sera froissée de votre attitude, tout en partageant vos soupçons. C'est là, Messieurs, une analyse psychologique peut-être un peu bien fine, mais réelle ; croyez-m'en, j'ai vu, tant dans ma clientèle que dans celle de mes confrères qui me font l'honneur de m'appeler, j'ai vu, dis-je, un si grand nombre d'exemples de ce que j'avance, que je ne crains pas de vous avertir. Comprenez bien, en effet, que la mère ne peut se figurer qu'un organe soit malade alors qu'il ne fonctionne pas. Telle mère restera indifférente en faveur d'un écoulement vaginal dont elle est atteinte elle-même, qui deviendra soupçonneuse en présence de la leucorrhée d'une enfant de cinq ou six ans. Par conséquent, je ne saurais trop y insister, affirmez que c'est chose commune, et n'ayant pas de rapport avec des tentatives honteuses, cela dit d'une façon générale, bien entendu. Une fois cela fait, la mère rassurée ne vous en demandera pas moins le pourquoi, la raison ; cela me ramène tout naturellement à vous parler de l'étiologie de la leucorrhée.

Étiologie. — Elle est fort complexe, et diverses causes concourent à produire la leucorrhée.

En première ligne je dois vous citer les *irritations vulvaires* de quelque nature qu'elles soient. Mais c'est là une donnée trop large, et pour mieux préciser je placerai d'abord l'*incurie de saleté* dans laquelle les mères de la classe ouvrière, voire même celles d'un monde plus relevé, laissent leurs enfants. C'est en effet un préjugé bizarre qu'ont certaines personnes, fort soigneuses de la tenue de leurs enfants, que c'est chose inutile que les lavages quotidiens d s parties génitales des enfants. Vous savez qu'il existe chez la fille des glandes analogues à celles de Tyson, qu'on trouve chez l'homme sous le prépuce ; lorsque le produit de sécrétion s'accumule, il détermine une irritation locale qui, sur un terrain scrofuleux, sera suffisante pour faire éclore la leucorrhée. L'*onanisme* a été incriminé à tort ou à raison, il peut agir comme irritant ; mais j'aurai occasion d'y revenir dans un instant. Enfin je vous citerai, pour clore ce groupe, les *tentatives de viol,* mais dans ces cas vous trouverez des

excoriations, quelquefois la défloration, et vous aurez alors sous les yeux une véritable blennorrhagie communiquée directement; ces faits-là remplissent les traités de médecine légale.

J'aborde maintenant la question de *diathèse*, qui tient ici, comme dans un grand nombre de maladies d'ailleurs, une large place. Cette idée, que l'on trouve déjà dans la plupart des traités de médecine du siècle dernier, perdit presque subitement tout crédit sous l'impulsion de l'école anatomo-pathologique. Pour avoir trouvé la lésion, on perdait la notion de la maladie. Ce n'est point un des moindres mérites du grand dermatologiste français Bazin, d'avoir restitué à la pathologie générale ce grand cadre des diathèses.

Parmi elles, vient tout d'abord la *scrofule*, dont cet auteur a fait une étude si approfondie. Il est très-fréquent de rencontrer chez nos malades le tableau complet du scrofulisme et, presque toujours, ce qu'on nomme le tempérament lymphatique, premier degré en quelque sorte de cette diathèse.

La syphilis, en tant que diathèse, ne semble pas devoir être incriminée, mais elle agit très-manifestement comme affection locale. L'enfant du nº 10 en est un probant exemple. Atteinte de syphilides vulvaires et anales, gênantes par leurs proportions, elle a eu sous l'influence de cette irritation, une leucorrhée très-abondante. Il en est de même de l'enfant du nº 49.

L'arthritisme n'a que faire ici ; si l'enfant est fréquemment exposé au rhumatisme articulaire, il ne l'est point autant à la diathèse rhumatismale quoi qu'en disent certains médecins. Je vous l'ai dit en vous parlant de la chorée.

Reste la quatrième diathèse, l'*herpétisme*, la dartre, dans le langage de l'ancienne école, qui a été accusée à elle seule de produire la leucorrhée. D'aucuns ont même dit qu'on avait affaire à un eczéma vulvaire; c'est une pure vue de l'esprit. Une maladie telle que l'eczéma se caractérise par un élément anatomique qui est la vésicule, or je ne sache pas que le fait ait été constaté en ce qui concerne la leucorrhée ; notez que je ne nie pas l'eczéma vulvaire, je nie la vésicule leucorrhéïque. Cependant il faut bien reconnaître que la leucorrhée se présente assez souvent chez des enfants issues de parents présentant les mêmes caractères de l'herpétisme (migraine, gastralgie,

affections squameuses, etc.). Enfin, Messieurs, j'ai gardé pour la fin une cause que vous ne trouverez pas dans les auteurs, ni même dans mon traité, à savoir, la *contagion*. Beaucoup protesteront contre cette assertion, mais des faits nombreux se sont présentés à moi et me forcent à admettre cette cause. Vous pouvez en soupçonner les conséquences, et je vais vous exposer rapidement mes vues sur le mode présumé de contagion, ce qui m'amènera forcément à traiter de la nature de la leucorrhée.

Je crois à la contagion leucorrhéïque pour de multiples raisons. J'ai vu depuis longtemps le cas de leucorrhée se présenter en groupe, éclater par bouffées pour ainsi dire. J'ai vu la semaine dernière, avec un de mes confrères, une jeune fille élevée dans un pensionnat et atteinte de leucorrhée, alors que dans ledit pensionnat plusieurs enfants avaient, depuis quelques jours, la même affection. Hier encore j'ai vu un cas identique de leucorrhée chez une enfant en pension, d'autres malades du même genre existant dans la maison. Ces faits m'ont donné à réfléchir depuis longtemps et, assimilant cette vulvite des petites filles à l'ophthalmie, à l'affection dite vulgairement « cocotte », j'ai cru pouvoir penser à une similitude sinon à une identité de nature. Dans certains cas, le contagium est surpris facilement. Une leucorrhéïque porte à ses yeux un doigt ou tout autre objet souillé de pus, et une ophthalmie purulente éclate. Pourquoi ne point admettre la réciproque ? Il se passe là un phénomène identique à l'ophthalmie blennorrhagique. Personne, à l'heure présente, ne contestera qu'en dehors de l'inoculation directe, il n'existe une contagion par l'air. Des analyses d'air, faites dans des maternités, des crèches, ont montré certains corps analogues à des spores, lesquels déposés sur la muqueuse conjonctivale déterminent l'ophthalmie. Eh bien ! n'est-il pas légitime de penser qu'une contagion semblable peut s'opérer pour la muqueuse vulvaire, et que dans une salle d'hôpital, un dortoir, un ouvroir, l'air ambiant est chargé de germes (d'une nature inconnue, je l'avoue) qui, mis en contact avec la vulve, déterminent la leucorrhée. Si ces faits vous paraissent inadmissibles, j'appellerai à mon secours des exemples divers, tels que la fièvre puerpérale désolant des salles d'accouchement, alors que les règles de l'hygiène la plus sévère y sont observées. M'objectera-t-on que ce

sont les ustensiles de toilette qui sont l'intermédiaire obligé du contagium, que c'est quelquefois le doigt, les habits du médecin, qui sont imprégnés du microbe puerpéral, puisqu'il y en aurait un au dire de Pasteur, toutes ces raisons ne tombent-elles pas devant les faits de ces jeunes élèves sages-femmes, *vierges*, qui, dans les maternités, au moment des épidémies, sont mortes de fièvre puerpérale, si tant est qu'il y ait une fièvre de ce nom (Voy. *Annales de gynécologie*, 1875). Eh bien ! je vous le demande, dans un cas pareil, ne vous faut-il pas admettre une contagion autre, et quoique peu connue, mal analysée, l'explication d'une infection par milieu ambiant ne s'impose-t-elle pas ? Il en va de même pour l'ophthalmie. A chaque instant, la porte d'entrée est impossible à trouver. Or, il faut bien que la contagion se soit effectuée par une voie quelconque, et force est faite d'admettre celle de l'air en ces cas.

Enfin, pour finir, je vous rappellerai ces faits extraordinaires d'épidémie de blennorrhagie uréthrale dans l'armée, en dehors de tout contact direct, de quelque nature qu'il soit. N'y a-t-il pas là une sorte d'épidémicité. Et cela ne cadre-t-il pas avec mes observations de leucorrhées, éclatant chez des enfants réunies (pensionnats, hôpitaux, etc.) ? Pour me résumer, je vous disais que la leucorrhée est une affection contagieuse, semblable à l'ophthalmie des nouveaux nés, aux bronchites épidémiques (l'influenza), à tout un groupe en un mot de phlegmasies catarrhales bien connues.

Si, dans certains cas, la contagion directe est patente, comme cela peut s'observer dans les réunions d'enfants, soit par le fait de pièces de pansement impropres, d'onanisme, comme on y peut penser en ce qui concerne les pensionnats, je crois, dis-je, que dans un grand nombre de cas, on ne peut trouver la voie par laquelle s'est faite la contagion, quelles que soient nos investigations. Il faut alors admettre la contagion indirecte, et, comme ces cas sont souvent groupés en séries, il y a peut-être, je dis peut-être, lieu d'admettre l'épidémicité.

Traitement. — J'aborde en terminant la question du traitement. Il est divers, suivant les idées qu'on peut se former sur le *siège* de l'affection. Pour certains auteurs, la leucorrhée est non-seulement une

vulvite, mais encore une vaginite ; d'autres croient même à une métrite ! Tout cela est imaginaire. Il n'y a dans ces cas que de la *vulvite*, et c'est elle qu'il faut traiter. Je supprime donc les injections vaginales conseillées par quelques confrères, difficiles à faire chez l'enfant, répugnantes à la mère, et je m'adresse simplement à la vulve.

Il y a le traitement local et le traitement général.

Traitement local.— 1° *Propreté extrême* des parties malades, obtenue au moyen de lotions répétées faites avec l'eau de son, de feuilles de noyer, d'eau de Goulard, etc. 2° *Modifier les surfaces atteintes.* Pour ce faire, nombreux sont les moyens, le sublimé (10 centigr. p. 300) en bains de siège ou en lotions, l'acide phénique (5 p. 1000), le coaltar mitigé à parties égales. Enfin les cautérisations avec la solution de nitrate d'argent (20 centigr. pour 30 grammes) trouveront là un utile emploi. Entre les lavages, vous vous trouverez bien de faire mettre entre les grandes lèvres une mèche de charpie imbibée de coaltar ou de pommade de précipité rouge. Vous éviterez ainsi l'irritation des grandes lèvres, et en faisant soutenir ce petit pansement par un sous-cuisse, vous protégerez les parties environnantes du pus souvent fort abondant. Pour mémoire, je mentionne les lavements de coloquinte faits avec le tiers d'une macération de pomme de coloquinte et les bains médicamenteux, sulfureux, etc.

Vient ensuite le *traitement général.* Pour les lymphatico-strumeux, l'huile de foie de morue à haute dose et ses succédanées, le quinquina. Pour les herpétiques, l'arsenic sous forme de sirop (10 centigr. d'arseniate de soude pour 300 gr. d'eau, une à deux cuillerées). En usant de tous ces moyens, vous aurez raison de la leucorrhée, mais vous n'oublierez pas de prévenir les mères que c'est là souvent une affection tenace, rebelle à une foule de médicaments et qui s'use pour ainsi dire d'elle-même, qu'en un mot, sans gravité par elle-même, elle peut par ses complications être une source de dangers (ophthalmie) et par sa nature se communiquer à d'autres enfants ; je finis sur ce dernier point, qui est pour moi le plus saillant de cette clinique.

(*Paris médical.*)

EXCURSION GYNÉCOLOGIQUE A L'ÉTRANGER

Dans l'une des dernières séances de la Société de médecine de Lyon, M. le Dr Poullet, actuellement candidat à l'agrégation, a lu un important travail sur l'obstétrique et la gynécologie à l'étranger. Il a voyagé en Italie, en Autriche et a visité avec soin les principaux établissements d'obstétrique de ces deux pays, et il a publié le résultat de ses observations dans les nos 51 et 52 du *Lyon médical*, dont nous donnons un court résumé.

Parmi les faits qui ont frappé son attention en Italie, nous signalerons à Turin un instrument particulier, appelé *Calendario*, calendrier, du professeur Tibone, qui donne mécaniquement la date du premier mouvement de l'enfant et l'époque probable de l'accouchement. C'est un cadran dont la grande circonférence est divisée en 365 parties égales correspondant à chaque jour de l'année. Au lieu d'une aiguille, il y en a trois fixées sur un même axe, une verte, une blanche et une rouge. En supposant qu'une femme enceinte ait eu ses dernières règles le 1er janvier ; on porte sur le 1er janvier l'aiguille verte qui indique l'espoir de la grossesse, l'aiguille blanche est alors dirigée sur le 24 mai où l'enfant doit bouger, et l'aiguille rouge indique le 6 octobre où l'accouchement doit se produire. Ce calendrier de la grossesse de Tibone existe aussi à la maternité de Milan, où il est d'un usage habituel ; il débarrasse le médecin des soucis de calculs répétés pour chaque femme.

A la maternité de Milan toutes les opérations obstétricales, les accouchements les plus simples se passent sous le nuage d'acide phénique, selon la méthode de Lister ; dès que la femme arrive au moment où la vulve va se dilater, un appareil à vapeur est placé au pied du lit et le nuage est dirigé sur le périnée jusqu'après la délivrance. C'est la seule maternité où l'on ait adopté si complétement la méthode antiseptique.

Le musée obstétrical du professeur Chiara contient des pièces curieuses et importantes relativement à l'application du céphalotribe. Ce sont des moulages en plâtre faits sur la tête broyée. En conservant de la même manière les têtes amenées par le cranioclaste, on pourra avoir les éléments nécessaires pour résoudre ce problème d'obstétrique : Quels sont les cas qui sont justiciables du céphalotribe ? Quels sont ceux qui sont justiciables du cranioclaste ?

A Venise, les femmes accouchent toutes à l'anglaise, sur le flanc gauche, et dans les cas où l'enfant doit être mutilé, le professeur Valtorta emploie volontiers le forceps-scie de Van Huevel, dont il a fait plus de cent applications.

A l'hôpital de Vienne, quatre points principaux ont frappé l'attention de M. Poullet.

1° Les femmes primipares accouchent sur le côté gauche ; il est plus facile ainsi de surveiller la sortie de la tête, de ralentir ce temps de l'accouchement pour éviter ou limiter les déchirures du vagin ou du périnée.

2° La délivrance s'opère à peu près immédiatement après l'accouchement et sans jamais tirer le cordon dans aucune circonstance. On se borne à exciter les contractions utérines par des frictions soutenues et on produit un peu d'expression par la méthode de Crédé.

3° Après toute opération obstétricale on pratique une injection prolongée, soit vaginale, soit intra-utérine, avec une solution à 2 p. °/ₒ d'acide phénique jusqu'à ce que le liquide ressorte à peine teinté de sang.

4° Enfin lorsqu'il y a des décès, l'autopsie n'est pas faite par le personnel du service d'accouchement, mais sous la direction du professeur d'anatomie pathologique, par le Dr Chiari, son assistant.

L'intervention chirurgicale habituelle est fréquente dans un certain nombre d'affections du col qu'on n'attaque pas de la même façon, en France. Ce sont *l'ectropion du col* et le *cancer du col.*

A. *Ectropion.* Il y a dix ans, Addis Emmel (de New-York) donna l'explication du fait que tout le monde avait sous les yeux, mais qu'on ne savait pas interpréter. Il proposa contre cet état une opération de suture qu'il désigna sous le nom de *trachéloraphie.*

On est souvent consulté par des femmes qui ont le col très-gros, un peu dur et irrégulier ; son ouverture est environnée d'une muqueuse rouge hypertrophiée, saignant même, si on la touche, bien

que cette surface malade ne soit pas ulcérée ou le soit très-peu. On se borne à dire large érosion du col et à instituer un traitement qui dure, en général, autant que dure la patience de la malade, car il est absolument impuissant.

C'est presque toujours le résultat d'une ancienne déchirure et c'est le tissu de cicatrice qui a étranglé et rétréci le col, d'où, gêne de circulation, stase sanguine, gonflement et renversement des bords. C'est contre cette lésion que Emmel a imaginé l'opération qui porte son nom.

Elle consiste à rechercher l'ancienne déchirure après avoir abaissé et incliné le col avec des pinces érignes, à exciser une partie triangulaire de ce col comprenant la bride cicatricielle ; on avive ainsi les bords de l'ancienne déchirure, on les réunit ensuite par trois points de suture, ce qui reforme le canal cervical. Ces tissus reprennent très-facilement ; quinze à vingt jours après, ce col est reformé et le résultat immédiat aussi bien que les résultats éloignés sont absolument satisfaisants. On ne compte plus ces observations, tellement elles seraient nombreuses chez tous ceux qui font spécialement de la gynécologie opératoire.

Les chirurgiens autrichiens pratiquent beaucoup l'amputation du col utérin quand le cancer occupe cette région. La méthode à laquelle on donne la préférence à Vienne est la section avec l'anse galvano-caustique. M. le Dr Delore, de Lyon, a fait observer à ce sujet que dans les cas de gonflement du col avec hypertrophie de la muqueuse et ulcération, il a pour habitude de pratiquer une ou plusieurs cautérisations avec le thermo-cautère et il a souvent obtenu des guérisons par ce procédé. A Fribourg (duché de Bade) M. Poullet a vu le professeur Hégar pratiquer l'ablation des ovaires ; il en compte quarante-cinq opérations, ayant donné 16 p. °/₀ de mortalité.

L'un des plus beaux cas est celui d'une femme affectée de névrose convulsive de la respiration ; une toux quinteuse, presque permanente, lui rendait la vie insupportable. Pendant un examen complet et attentif, le professeur Hégar, touchant l'un des ovaires, détermina un paroxysme des troubles respiratoires, qui étaient, du reste, exaspérés par les époques menstruelles. — De là à une castration il n'y a qu'un pas pour le professeur de Fribourg; il la pratiqua et obtint un magnifique succès, en voyant disparaître tous les troubles antérieurs.

M. Delore, et nous partageons son opinion, trouve que Hégar a usé trop largement de cette opération.

Une méthode de l'invention du professeur Hégar, et qui est absolument nouvelle, c'est la dilatation forcée du col utérin hors de l'état de grossesse.

Supposez qu'une hémorrhagie persistante fasse soupçonner un polype intra-utérin, ou que toute autre cause fasse désirer une exploration digitale de la cavité utérine, il fixe le col à l'aide d'une pince érigne et il dilate progressivement le canal cervical au moyen de sondes courtes et rigides en caoutchouc durci. Ces sondes sont graduées par millimètres de diamètre ; elles vont jusqu'au n° 24, qui a 24 millimètres de diamètre ; mais les numéros 16 et 18 suffisent ordinairement pour pouvoir mettre le doigt dans l'utérus. Ce résultat est quelquefois atteint assez facilement en une demi-heure ou trois quarts d'heure de cathétérisme.

(*Paris Médical*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

M. Jules Guérin présente, au nom de M. le Dr Champouillon, médecin consultant à Luxeuil, une *Note sur l'emploi du spéculum à claire-voie dans le traitement des affections utéro-vaginales*, et met cet instrument sous les yeux de l'Académie.

OPÉRATION DE PORRO.

M. le Dr Lucas-Championnière, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, présente à l'Académie deux femmes qui ont subi avec succès l'opération de Porro, c'est-à-dire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

J'ai, dit-il, pratiqué cette opération quatre fois à l'hôpital, avec deux succès pour la mère et quatre enfants venus vivants. Un enfant a succombé à un accident. Enfin, un enfant n'a vécu que quatre jours, sans avoir jamais eu beaucoup de vitalité.

Par un hasard singulier, dans l'espace de deux mois, ces quatre rétrécissements extrêmes se sont présentés à mon observation. Toutes ces femmes présentaient des bassins rachitiques, avec diamètre conjugué d'environ 6 centimètres et au-dessous.

La première, Élisa A..., âgée de vingt-six ans, primipare, entrée à la Maternité le 27 octobre 1879, présente un type de rachitisme. Sa taille est de 1 mètre 25. Le diamètre sacro-pubien est de 73 millimètres. J'ai gardé cette femme en surveillance à la Maternité pendant les trois dernières semaines de sa grossesse. Le 19 novembre au matin, début du travail sans rupture de la poche des eaux. Un peu d'écoulement sanguinolent, effacement du col. L'opération est décidée pour le soir. A trois heures et demie, l'opération est pratiquée : grande incision sur la ligne médiane de 15 à 16 centimètres, dépassant un peu l'ombilic en haut. On arrive rapidement sur l'utérus. Aussitôt celui-ci incisé, flot de sang des plus effrayants.

J'achève rapidement la section ; j'extrais par les pieds une fille vivante du poids de 2,700 grammes, puis le placenta, et, avec deux pinces à kyste, appliquées au préalable sur les bords de la section, j'attire l'utérus au dehors. Je passe deux broches dans le segment inférieur de l'utérus ; au-dessous, un fil de fer ; entre les deux, un second fil de fer, serré avec le ligateur Cintrat. Résection de l'utérus, des deux ovaires et des trompes. Sutures de la paroi abdominale, six profondes et une superficielle ; perchlorure de fer sur le moignon et pansement de Lister complet. Opération de trois quarts d'heure.

Les suites de l'opération ont été simples ; la plus haute température a été de 38,9, le 21 au soir. Enlèvement successif des sutures jusqu'au 28, puis des broches. Chute du pédicule le treizième jour.

20 décembre, cicatrisation complète. Au bout de six semaines, la malade se levait, complétement guérie. Aujourd'hui l'état du ventre est parfait. Le toucher constate un col mobile et gros ; il y a eu déjà, sans accident, des rapports sexuels vers le 10 février, deux mois et demi après l'opération.

L'enfant de cette femme, sortant d'une chambre à 13°, emmené au baptême, à l'église, par les grands froids, malgré les ordres contraires, le troisième jour, après avoir été très-vivace, s'est affaibli et est mort après treize jours.

La deuxième malade, Adèle L..., est entrée à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, le 30 décembre. Elle a vingt-trois ans : taille 1 mètre 30 ; 5 centimètres de diamètre sacro-pubien. En travail depuis trente-six heures, a perdu les eaux depuis vingt-quatre heures.

Je l'opère le 30 décembre, à neuf heures du soir, après lui avoir fait donner du chloroforme pendant plusieurs heures pour calmer une agitation extrême.

Cette fois-ci, la malade est en plein travail. Incision de 16 centimètres commencée au-dessus de l'ombilic et descendant moins bas que pour la précédente. Ouverture de l'utérus avec hémorrhagie assez importante, arrivée sur l'enfant que l'on extrait par les pieds. Il respire bien et pèse plus de 3,000 grammes. Broches et deux fils de fer, sutures profondes ; pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement de Lister.

L'opérée n'a été pansée que le cinquième jour, puis le neuvième. A ce deuxième pansement, le pédicule était tombé. Au neuvième pansement, il ne restait plus qu'une ulcération très-superficielle. Elle commence à se lever en février. Il y a longtemps qu'elle est en parfait état. L'enfant est bien portant.

Chez cette femme, on voit très-peu de traces de l'opération, quoiqu'elle soit fort récente.

Deux autres opérations ont été suivies de mort.

J'ai opéré à la Maternité une femme le 3 décembre ; elle est morte trente-six heures après l'opération. L'enfant vit.

J'ai opéré une autre femme à l'hôpital Cochin, le 17 janvier 1880. Diamètre sacro-pubien, 49 millimètres. Elle a eu une violente attaque de nerfs au bout de quatre heures et est morte au bout de vingt-trois heures. L'enfant a vécu trois jours.

Tous ces cas de bassin, avec diamètre sacro-pubien de 6 centi-

mètres ou au-dessous, ne comprennent que des femmes exposées à une mortalité énorme par la céphalotripsie ; cas qu'il ne faut pas confondre avec ceux où le diamètre antéro-postérieur se rapproche de 7 centimètres. Je tiens à mettre les morts en regard des succès, car je ne considère pas encore l'opération de Porro comme devant remplacer, dans tous les cas, l'opération césarienne.

La cause de la mort, comme dans l'hystérotomie, est inhérente à la résection de l'utérus et à sa constriction, et les accidents que l'on observe sont probablement d'ordre réflexe, dus à l'ébranlement des plexus nerveux du ligament large. Par conséquent, à moins de modifications grandes du procédé, l'opération reste d'une gravité menaçante. Jusqu'à présent, on n'a donné aucune indication sur la méthode opératoire à suivre.

Il faut porter l'incision sur la paroi abdominale beaucoup plus haut qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; on est bien plus assuré de pouvoir faire jusqu'au bout le pansement antiseptique, en s'éloignant du pubis. L'utérus est toujours incisé trop bas. Il serait très-probablement moins grave de n'en inciser qu'une portion de médiocre étendue. Les précautions antiseptiques les plus parfaites doivent être prises. Il est probablement plus avantageux pour la femme d'intervenir avant le travail.

Avec les précautions antiseptiques, un local spécial, immaculé, n'est pas nécessaire. La dernière malade a été opérée et guérie dans une chambre mal aérée, qui a même servi quelquefois à isoler des maladies contagieuses du service de M. Potain. Il faut à l'opérée de l'isolement, de la chaleur, du repos, des soins, des précautions antiseptiques incessantes, des réconfortants suffisants.

Dans les quatre cas, il y a eu de quinze à quarante assistants à l'opération. Avec la méthode antiseptique, cela ne présente aucun inconvénient.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

CYSTITE DU DÉBUT DE LA GROSSESSE.

M. Terrillon. L'histoire de la cystite chez la femme présente encore certaines obscurités. J'ai observé plusieurs fois dans les premiers temps de la grossesse une cystite qui serait due à l'état de gestation.

Il y a sept an, je fus appelé à soigner une jeune femme qui avait des symptômes de cystite, l'urine répandait une odeur ammoniacale très-prononcée. Il n'y avait aucune raison appréciable de cette affection. La malade fut guérie par des injections d'eau alcoolisée dans la vessie. Trois ans après, cette jeune femme eut, à la même période d'une seconde grossesse, une cystite analogue.

Un an plus tard, un nouveau fait se présente à mon observation. C'était chez une jeune femme de vingt-deux ans, enceinte pour la seconde fois et qui n'avait rien éprouvé d'analogue lors de sa première grossesse.

Depuis un ans, j'ai observé deux nouveaux faits du même genre dans l'un d'eux l'urine renfermait des globules de pus assez nombreux et plusieurs fois elle a présenté des traces de sucre très-manifestes.

Ainsi, cette cystite passagère se montre vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse, sans aucun symptôme du côté des parties génitales. D'ailleurs, la cystite consécutive à l'uréthrite chez les femmes doit être très-rare. On ne peut songer davantage à une cystite traumatique, lors des premières approches, car cette affection s'est montrée à une époque assez éloignée du début du mariage, On ne peut songer au refroidissement. La grossesse est donc la seule cause.

Les troubles vésicaux peuvent survenir à deux périodes de la grossesse, à la fin par la compression de la vessie par l'utérus, et au troisième mois. A la fin de la grossesse, il ne s'agit pas d'une cystite, car il n'y a aucun trouble dans la composition de l'urine.

Les troubles vésicaux du début de la grossesse ont été signalés par Churchill ; West signale de même des troubles de la miction, mais ni l'un ni l'autre ne parlent d'une cystite véritable. Dans une thèse de 1877, M. Laurent nous signale les troubles de la vessie dus à la rétroversion de l'utérus et s'accompagnant de rétention d'urine.

Mais il ne s'agit pas chez mes malades de cette irritabilité de la vessie signalée par Churchill, il ne s'agit pas non plus de rétroversion utérine. Quelle était alors l'explication de ces phénomènes ? Sans me lancer dans le champ des hypothèses, je penche vers cette explication vague des troubles de voisinage : les troubles de la circulation ; l'existence de varices du col vésical pourrait fournir une explication.

M. Desprès. Le sujet dont vient de nous parler M. Terrillon a été traité dans un mémoire présenté cette année pour le concours des prix de l'internat, par M. E. Monod. J'ai été frappé du petit nombre de faits signalés. Le mémoire de M. Monod, comme celui de M. Terrillon, n'est pas suffisamment appuyé sur des observations. Le nombre des cystites que j'ai observées chez la femme est très-petit ; cette affection est vingt fois moins commune que chez l'homme, parce que les femmes n'ont pas de rétrécissement de l'urètre. Chez elles, il n'y a que des cystites dues à des causes générales ou à des affections rénales. Comme il y a un nombre considérable de femmes qui accouchent, si cette cystite ne se rencontre que par hasard il n'est pas légitime de l'attribuer à la grossesse.

Les cystites observées par M. Terrillon et par M. Monod dans le service de M. Guyon sont bien anodines ; nous ne sommes pas habitués à voir des cystites se terminer si rapidement.

M. Guéniot. J'ai vu souvent des troubles de la miction au début de la grossesse. Ces troubles sont assez légers pour qu'on y attache peu d'importance. C'est pour cela que les auteurs des livres de gynécologie ne parlent pas de ce fait. Le mot de cystite est d'ailleurs un peu prétentieux. Il s'agit plutôt d'une congestion du col de la vessie, favorisée par la pression de l'utérus qui est généralement en antéversion. Il existe en outre de ce côté des hyperémies bien constatées. J'ai observé une seule fois une vraie cystite, comme celles que M. Terrillon a signalées.

M. Guyon. Il y a au début de la grossesse des cystites très-légères, qui ne peuvent guère reconnaître d'autres explications que celles données par M. Guéniot. Elles sont passagères et cèdent au moindre traitement. Mais, de plus, il y a des cystites rebelles, graves, durant des années. Ces dernières, dont j'ai six ou huit observations, m'ont paru être la conséquence non pas de la grossesse, mais d'un accouchement pénible. Elles sont bien différentes des premières ; ce sont celles sur lesquelles M. Monod a fait son travail. Ces cystites gênent considérablement, surtout au point de vue de la locomotion ; j'ai actuellement en traitement une malade de ce genre, qui ne peut marcher depuis plus de dix-huit mois. Chez la femme, il faut toujours se méfier beaucoup de l'état des urines ; le liquide, en s'écoulant, entraîne toujours une partie de la sécrétion vaginale.

M. Le Dentu. J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades dans les conditions multiples que l'on vient de signaler. La dysurie, au début de la grossesse, n'est pas très-rare. J'en observe actuellement deux exemples. Les cystites, chez les femmes, sont beaucoup moins rares que M. Després le dit : la cystite chronique, tout en étant beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme, peut encore être assez souvent observée.

Ainsi, en admettant avec M. Terrillon que ces dysuries de lafemme enceinte n'aient pas été signalées avec assez de soin, il faut admettre que l'attention des auteurs a déjà été attirée sur ce fait.

M. Després. Tout le monde sait qu'à la suite des traumatismes il peut y avoir des cystites chez les femmes, mais la grossesse seule ne peut pas engendrer la cystite.

M. Trélat. La question de fréquence ou de rareté des cystites chez la femme n'est pas facile à élucider. La cystite se présente fréquemment en même temps que d'autres accidents, et alors elle passe inaperçue.

M. Després ne parle pas d'une cause de cystite reconnue par les auteurs étrangers, et que j'admets très-bien pour ma part. Une femme a une métrite parenchymateuse, accompagnée d'envies fréquentes d'uriner. La cystite disparaît sans que l'état de l'utérus ait changé. On ne peut donc pas attribuer à des phénomènes d'ordre mécanique tous les symptômes d'irritation que l'on remarque du côté de la vessie. Les malades qui ont des troubles de la miction finissent toujours au bout de quelque temps par avoir une véritable cystite.

M. Terrillon. Je n'ai en vue ici que l'irritabilité et un état grave

de longue durée entre lesquels je cherche à intercaler une cystite vraie, mais plus bénigne. La vessie irritable n'entraîne pas d'altération de l'urine. Pour moi, le critérium, c'est, en outre de la marche des symptômes, la présence du muco-pus dans l'urine.

La séance est levée à cinq heures.

A. Ch.

REVUE DE LA PRESSE

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES. — COMPRESSION DE L'AORTE. — INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE. — DILATATION DU COL AVEC L'ÉPONGE PRÉPARÉE.

Le Dr Calderin a guéri par la compression de l'aorte une métrorrhagie consécutive à un avortement. Voici le résumé de l'observation qu'il a lue à la Société gynécologique espagnole:

La malade avait eu dans une grossesse antérieure un décollement partiel du placenta au sixième mois. L'année suivante, nouvelle grossesse terminée par un avortement au troisième mois, suivi d'une métrorrhagie grave. On employa divers moyens, entre autres le tamponnement. Après l'enlèvement du tampon survient une hémorrhagie foudroyante : le pouls devient faible et presque imperceptible ; elle eut une syncope et des lipothymies. Dans ces conditions, le Dr Calderin se décide à pratiquer la compression de l'aorte, elle produisit en très-peu de temps un résultat excellent, et en très-peu de temps on put extraire le placenta par traction. L'auteur considère la compression de l'aorte comme un moyen héroïque dans les métrorrhagies.

Le Dr Rubi a eu recours avec avantage aux injections hypodermiques d'ergotine dans une circonstance un peu analogue. Une femme de trente-cinq ans, multipare, était traitée depuis longtemps pour une ulcération du col. Réglée dès le premier mois de son allai-

tement, elle eut, pendant les huit mois qui suivirent, des métrorrhagies répétées qui amenèrent un état d'anémie extrême. Injections d'ergotine (5 centigr.) à la partie interne de la jambe. Il y eut des accidents d'ergotisme aigu dans les vingt-quatre heures qui suivirent; mais les métrorrhagies furent définitivement arrêtées.

Le Dr Palido eut également affaire à une hémorrhagie abondante pendant la convalescence d'une fièvre continue (gastrico-nerveuse ?). Il employa divers moyens, y compris l'ergotine; et cela sans résultat. C'est alors qu'il se décida à recourir à l'éponge préparée, imbibée de perchlorure de fer. Il croit que la dilatation du col est un moyen thérapeutique, excellent dans toutes les variétés de métrorrhagies.

Le Dr Calderin préfère la compression de l'aorte dans les métrorrhagies foudroyantes, puisqu'il a pu obtenir un effet salutaire en moins de douze minutes et sauver sa malade d'une mort certaine. Rubi admet que les moyens de traitement préconisés par les gynécologistes sont basés sur la nature et la pathogénie des diverses métrorrhagies ; que l'éponge préparée, dont l'emploi est douloureux et suivi souvent de métrite, répond à des indications exceptionnelles.

Le Dr Castillo de Pineyro se servit pendant onze mois de suite de l'éponge préparée chez une femme ayant fréquemment des métrorrhagies inquiétantes ; la dernière fois, son extraction fut même difficile, on entraîna en même temps que le tampon des lambeaux de muqueuse utérine et des œufs de Naboth; mais l'hémorrhagie cessa et ne reparut plus. Il est probable qu'elle était déterminée, ou entretenue par les excroissances polypoïdes enlevées avec l'éponge. Dans un autre cas, le même médecin employa avec avantage la compression de l'aorte. Il s'agissait d'une femme récemment accouchée et non délivrée ; la compression de l'aorte permit d'extraire le placenta au bout de trois heures. On donna, en outre, l'ergot de seigle contre l'inertie utérine concomitante (*Socied. ginec. espanola*, sesion del 28 de mayo 1879, *Rev. de med. y cirurgia practicas*, 22 nov. 1879, n° 82, p. 461).

(*Paris médical*).

DU NERVOSISME UTÉRIN.

Les troubles du système nerveux central et périphérique causés par les affections de l'utérus et des ovaires ne sont qu'une partie de l'ensemble des maladies nerveuses réflexes déterminées par les souffrances du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, des reins, de la vessie, des vésicules séminales, etc.

C'est le nervosisme que j'ai décrit en 1853 et qui depuis lors est entré dans la pathologie comme entité morbide.

Mais dans cette étude des troubles nerveux réflexes causés par la souffrance d'un organe quelconque, ceux que produisent l'utérus et les ovaires viennent d'être étudiés de nouveau, avec soin, par le Dr de Fourcauld, d'après 79 observations intéressantes, personnelles ou empruntées à différents auteurs (*Ann. de gynécologie*, nov. 1879).

Seulement ces troubles nerveux sont tous relatifs à la folie, qui dès lors est une *folie sympathique*. L'auteur a omis tous ces cas si nombreux de nervosisme qu'on rencontre dans la pratique et qui sans aller jusqu'à la folie n'en sont pas moins des désordres nerveux utéro-ovariens très-importants.

Sur ces soixante dix-neuf cas de folie sympathique, il y a eu trente-sept fois guérison radicale de la folie, après la disparition du trouble utérin, plus six améliorations notables proportionnelles à l'amélioration de la lésion utérine.

Sur les trente-six cas non suivis de guérison, vingt et un sont relatifs à des cancers (treize) ou à des tumeurs (huit) qui n'ont pas été enlevées, et dans douze autres, il a été impossible de donner des soins locaux à la malade.

On pourrait objecter qu'il y a un certain nombre d'observations dans lesquelles l'hérédité n'a pas été recherchée. Mais l'auteur fait remarquer que vingt-huit observations seulement présentent ce défaut. Que sur ces vingt-huit observations, il n'y en a pas une dans laquelle la malade ait suivi un traitement pour la lésion utérine, que par conséquent les quarante-neuf observations qui restent, en défalquant deux cas douteux, sont inattaquables.

Enfin, la forme de folie qu'on observe le plus souvent dans les troubles cérébraux sympathiques des affections utérines est la lypémanie avec ses variétés, puisqu'elle a été observée cinquante-six fois

et que neuf fois, on a négligé de noter la forme de folie que présentait la malade observée. Donc, les affections utérines sont des causes fréquentes de troubles intellectuels, et voici d'après leur fréquence, quelle est l'influence de ces affections sur la production de ces désordres cérébraux :

1° Ulcérations diverses ; 2° dégénérescences cancéreuses ; 3° déplacements et principalement abaissement; 4° tumeurs fibreuses, etc. ; 5° polypes, engorgements.

Quoique les désordres cérébraux sympathiques des troubles de l'appareil génital n'aient pas une physionomie absolument propre, ils présentent néanmoins certains signes qu'il est bon de reconnaître. Généralement la folie sympathique n'apparaît pas d'emblée. Elle marche d'une façon progressive. Il est rare que les femmes qui en sont atteintes ne présentent pas dès l'abord un certain changement de caractère, que les personnes étrangères à l'art attribuent, il est vrai, aux troubles utérins annoncés par des pertes, des douleurs lombaires, etc., mais auxquels elles ne prêtent guère d'attention. Chez les femmes négligentes qui ne se font pas soigner, le médecin n'est appelé le plus souvent que lorsque la folie s'est franchement déclarée. Dans la majorité des cas, comme le prouve le relevé des observations publiées ici, c'est la forme lypémaniaque qu'on rencontrera, c'est-à-dire la forme comprenant des troubles intellectuels s'étendant depuis la timidité et l'hésitation exagérées et la tristesse qu'inspire cet état de caractère, jusqu'à la défiance de tout entourage et de tout événement possible ou supposé tel. Suivant les cas, il y aura ou non de l'agitation, souvent des terreurs ridicules. Il est évident qu'on rencontrera toutes les formes de la mélancolie et le plus souvent des idées de suicide ou homicide.

Il y a un rapport constant entre l'état de la lésion *cause* et celui de la folie *effet*. Ce n'est que lorsque la lésion est chronique, existe depuis longtemps, que la folie prend la forme chronique elle aussi et tend de plus en plus à devenir inguérissable. Le plus souvent la terminaison est favorable, lorsque la maladie utérine est sur le point de guérir.

Traitement. — On doit tout d'abord s'assurer qu'il n'y a pas d'antécédents héréditaires. Ce point étant résolu affirmativement, on doit, quelle que soit la forme de folie observée, s'assurer de l'intégrité des organes et des fonctions de l'appareil utéro-ovarien. S'il y a une lésion locale guérissable, on a bien des chances pour que la folie disparaisse avec la maladie qui l'a occasionnée.

Toutefois, bien qu'une névrose sympathique exige un traitement approprié à la nature, au siège du mal qui l'a déterminée, il ne faut pas borner les indications thérapeutiques au point de départ, au centre de l'irradiation morbide. Il ne faudra jamais négliger les moyens hygiéniques et curatifs qui tendent à agir directement et indirectement sur le cerveau, et qu'on a coutume d'employer dans le traitement de la folie idiopathique.

(*Paris médical.*)

SIGNE MÉDICO-LÉGAL DE L'EXISTENCE ET DE L'AGE D'UN FŒTUS.

M. Joannet a réuni dans un travail très-complet, tout ce qui est relatif à l'étude médico-légale du poil humain, étude qui n'avait pas encore jusqu'ici été faite dans son ensemble. Nous y prendrons quelques détails importants à connaître sur l'évolution du poil chez le fœtus.

Ce n'est guère qu'au cinquième mois de la vie intra-utérine que l'on voit apparaître les premiers poils chez le fœtus. De petits poils délicats et courts, tendres, et presque incolores, se développent sur le fœtus dans le cours du sixième mois, alors que l'on trouve déjà sur la tête des poils également fins, mais prenant bientôt une coloration plus foncée. Les poils et duvet du corps et du visage ont à peu près une égale longueur, plus grande toutefois que celle des poils de la tête ; mais les premiers s'arrêtent dans leur croissance, et tombent même en grande partie dans le cours du neuvième mois, tandis qu'à partir du sixième les poils de la tête ont continué à se développer rapidement ; à la naissance les cheveux se trouvent ainsi plus colorés et sensiblement plus longs que les autres poils qui restent, formant le duvet du corps (Oesterlen).

Ainsi donc la présence d'un duvet assez abondant sur le corps du fœtus caractérise la dernière période de grossesse (sixième ou neuvième mois). A la fin du neuvième mois le duvet tombe en grande partie dans la poche des eaux ; on le retrouve même mélangé au méconium avec de l'épithélium, des cristaux de cholestérine, du mucus et de la graisse, dans l'intestin du fœtus où il a pénétré grâce aux mouvements de déglutition. De ce fait Oesterlen tire cette conclusion importante au point de vue médico-légal dans les cas où le

fruit de l'utérus n'a pas été découvert, si on trouve des taches de méconium sur les linges, etc., de la présence du poil-duvet dans ces taches, on peut conclure l'âge du fœtus non présenté.

(*Jour. de méd. et chir. prat.*)

VARIÉTÉS

UNE ANCIENNE DISSERTATION SUR LA STÉRILITÉ RECUEILLIE DANS DIONIS.

« Les sentiments d'être mère ou père sont si naturels aux femmes et aux hommes, que c'est criminel que de ne les pas avoir : ceux qui ne veulent pas avoir des enfants sont comme des monstres dans la nature, qui travaillent à la destruction ; on doit au contraire chercher les moyens d'en avoir ; ceux qui ont passé un temps considérable dans le mariage sans en avoir sont obligés en conscience de consulter médecins ou chirurgiens, de se baigner, d'aller prendre les eaux, et de faire et suivre ce qu'ils leur prescriront, *d'avoir recours aux saints, faire neuvaines et pèlerinages* (sic) et il pourra arriver qu'après tout cela ils n'en auront point, mais ils n'auront rien à se reprocher ; ils auront fait voir leur bonne volonté.

« Henry II fut marié plusieurs années avec Catherine de Médicis sans avoir des enfants. Le Roy consulta Ferney son premier médecin, qui après avoir examiné d'où venait le défaut lui enseigna la posture dont il se devait servir en caressant la Reine, qui en eut sept tout de suite.

« Henri IV ne pouvant point avoir des enfants avec la reine Marguerite sa première femme, après nombre d'années passées et avoir fait plusieurs remèdes inutiles, l'Église les sépara. Il épousa Marie de Médicis, dont il en eut plusieurs ; ce qui fait voir que la stérilité est une cause de la dissolution du mariage.

« Louis XIII a été vingt ans marié avec Anne d'Autriche sans qu'elle devînt grosse, dont il ne faut pas s'étonner puisque le Roy était d'un tempérament indifférent pour les femmes, et qu'il était presque toujours séparé de la Reine; mais au bout de ce temps,

soit par un retour d'amitié, soit que son confesseur lui eût ordonné par pénitence de coucher avec la Reine, elle eut deux princes, ce qui prouve que ce n'est pas le sacrement qui fait germer les enfants mais c'est quand le mari fait son devoir. »

C'est également notre avis !

(*Journal d'accouchement de Liège.*)

THÈSES POUR LE DOCTORAT RELATIVES A LA GYNÉCOLOGIE.

Soutenues à la faculté de Montpellier en 1879.

BAISSE (Auguste). — Étude sur les abcès des glandes vulvo-vaginales.

CORSY (Charles-Marius). — Résumé sur les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie à Marseille.

DUPUEZ (Paulus). — Essai clinique sur quelques troubles d'origine paludéenne dans les fonctions génitales de la femme.

FERROUL (E.). — De la blennorrhagie uréthrale chez la femme (dépôt de police de Montpellier).

JACOB (Gustave). — Essai pathogénique sur les rapports de la grossesse avec les maladies de l'appareil circulatoire.

LANDOWSKI (Paul). — Des formes de l'orifice utérin dans leurs rapports avec la stérilité.

DE MABLANC (Hugues). — Du diagnostic différentiel des tumeurs du sein.

RIBARD (Elisée). — De l'atrésie du col de l'utérus.

FORMULAIRE (J. CHÉRON)

DU TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE CHEZ LES NÉVROPATHES.

La dysménorrhée peut accompagner un grand nombre d'affections utérines dont elle n'est alors qu'un des symptômes.

Quelquefois la dysménorrhée existe sans lésion de l'appareil utéro-ovarien. — Dans ce cas, les stimulations dont l'utérus est le siège dans le coït, la menstruation, etc., ont suffisamment ébranlé la moelle lombaire pour qu'elle traduise sa souffrance par l'apparition d'une névralgie lombo-abdominale.

La malade ne présente aucun indice de diathèse ou de maladie constitutionnelle; l'appareil utéro-ovarien n'est pas apte à devenir le siège d'une lésion anatomique, la susceptibilité névropathique a seule favorisé le retentissement sur la moelle lombaire et préparé la dysménorrhée.

Chaque mois, avant l'apparition du flux menstruel, des coliques internes, des malaises, un agacement nerveux des plus pénibles annoncent son arrivée prochaine. Des nausées et des névralgies céphaliques surviennent aussi quelquefois.

Le traitement est de deux ordres : celui qui doit être fait avant l'arrivée des règles, celui qu'il convient d'employer au moment des crises.

Le premier comporte l'emploi des moyens suivants : 1° quinze jours après l'époque, la malade doit prendre, tous les jours, trois à cinq des pilules suivantes, une à une, toutes les deux ou trois heures :

Extrait de belladone	20 centigr.
Poudre de ciguë	40 centigr.

Pour 20 pilules.

On doit en cesser l'usage au moment où apparaît le flux menstruel; 2° Deux bains par semaine avec 200 grammes de tilleul et 100 grammes de carbonate de soude.

La deuxième partie du traitement sera représentée :

1° Par des applications de baudruche gommée, de collodion ou de papier adhésif sur toute la région lombaire;

2° Par l'ingestion des pilules suivantes employées, avant chaque repas, deux fois par jour:

Extrait de valériane	2 gr.
Oxyde de zinc	20 centigr.

En 20 pilules.

Lorsqu'on emploie cette médication d'une façon régulière, les douleurs s'atténuent, les caillots sanguins disparaissent du flux menstruel et l'état, d'énervement fait place à un état temporaire de dépression, qui est l'indice certain d'une guérison durable.

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Dr Chéron commencera son cours d'été sur les lésions de texture de l'appareil utéro-ovarien, envisagées au point de vue de la doctrine physiologique qu'il professe, le jeudi 13 mai à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE

Le Dr Chéron reprendra ses leçons cliniques le lundi 2 mai, à midi et demi, à sa clinique de la rue de Savoie, n° 9, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Examen des malades, diagnostic et traitement.

Nouveau journal. — M. Charles, chirurgien directeur de la Maternité de Liège, publie le *Journal d'accouchement*, journal bi-mensuel, dont le premier numéro a paru le 15 janvier. Ce journal est destiné aux sages-femmes, aux étudiants et aux praticiens ; nous souhaitons la bienvenue et le succès à notre très-distingué collègue.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1504. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

// REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DES COURANTS CONTINUS DANS LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Par le docteur JULES CHÉRON.

Une des affections les plus fréquentes et les plus difficiles à guérir, une de celles au sujet desquelles s'est épuisée la sagacité des gynécologues les plus distingués, est bien, sans contredit, la métrite chronique.

Il y a déjà longtemps que l'étude de cette maladie m'arrêta pour la première fois. Découragé par la lecture de l'ouvrage de Scanzoni, je m'en tenais au traitement classique et à ses maigres résultats. Une lecture plus attentive et plus complète de ce même ouvrage attira mon attention sur l'anatomie pathologique de cette affection si bien décrite par l'auteur, et me ramena vers l'application des courants électriques continus comme base fondamentale du traitement de la métrite chronique.

Chercher un nouveau mode de traitement pour combattre une semblable affection ne peut sembler oiseux, lorsqu'on lit la citation suivante empruntée à Scanzoni qui a le mieux et le plus complétement étudié le sujet.

« Une chose triste à dire, mais qui n'en est pas moins vraie, c'est « que ce sont justement les maladies qu'on observe le plus fréquem- « ment qui sont celles dont le traitement est le moins souvent suivi « de résultats favorables. Dans cette catégorie se range, hélas ! aussi « la métrite chronique. En parcourant les différents ouvrages qui « traitent ce sujet, et en comparant le résultat d'une telle étude à « ce qu'a appris l'expérience personnelle, on est tout étonné de voir « que la plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement de « cette affection, avouent franchement l'insuffisance de la thérapeu- « tique. Un pareil aveu paraît dur, il est vrai ; mais ce n'est pas une « raison pour rougir devant un confrère peut-être moins expéri- « menté, et pour ne pas lui avouer franchement que, hormis « quelques cas exceptionnels, il n'est pas au pouvoir du médecin de « faire disparaître complétement les transformations des tissus con- « sécutives à la métrite chronique, de façon que la matrice revienne « parfaitement à son état normal, et qu'il se fasse un retour intégral « à la texture physiologique.

« Nous n'exagérons pas en disant que nous avons observé cette « maladie des milliers de fois, dans ses formes et ses degrés les plus « divers ; aussi croyons-nous pouvoir dire avec quelque autorité que « *jusqu'à présent nous ne pouvons pas encore citer un seul cas où « nous ayons constaté la guérison complète de la métrite chronique « et de ses terminaisons.* — Nous pouvons de plus affirmer hardi- « ment que ce n'est pas la patience nécessaire qui nous a manqué. « Nous avons eu beaucoup de malades des mois, des années même « sous les yeux ; nous avons essayé tous les remèdes auxquels « on pouvait songer (1), toutes les eaux minérales dont l'effica- « cité a été vantée dans ces cas. »

Et plus loin...: « Du reste, la cause de l'opiniâtreté, nous pouvons « même dire de l'incurabilité de la métrite chronique, n'est pas « difficile à trouver quand on considère l'étiologie et les nombreux « changements anatomiques produits par cette maladie.

« Ce sont des désordres de la circulation d'une longue durée, s'ac- « compagnant de congestion des organes du bassin, qui sont, dans « la plupart des cas, la cause de cette maladie. Quand on considère « attentivement ce que nous avons dit sur la manière dont se pro-

(1) Dans l'énumération des moyens appliqués par l'auteur ou par les gynécologues dont il cite les travaux il n'est point question de l'électricité.

« duisent les stases sanguines, on sera convaincu qu'il ne sera pas « facile au médecin de faire disparaître complétement ces désordres « de la circulation générale ; on pourra s'en rendre maître passagè- « rement, mais la moindre cause extérieure est capable de ramener « de nouveau les conditions qui ont provoqué antérieurement la ma- « ladie utérine. Il ne faut pas perdre de vue non plus, la nature des « changements de tissus qu'on observe dans la métrite chronique. « Ce sont les *changements du système vasculaire de la matrice*, « dont nous avons parlé au commencement de cet ouvrage, qui mé- « ritent une grande considération. Est-on en droit d'espérer de ra- « mener à l'état normal des vaisseaux souvent fortement dilatés et « dont les parois sont privées de leur tonicité normale ? Nous ne « pouvons partager cet espoir, et cela d'autant moins que, comme « nous l'avons fait remarquer plus haut, il n'est pas au pouvoir du « médecin de modifier l'état anormal dans lequel se trouvent les por- « tions vasculaires avoisinant la matrice. Mais quand la maladie du « tissu est plus profonde, quand il se forme un véritable travail hy- « perplastique dans l'épaisseur des parois de la matrice, quand sur- « tout c'est le tissu cellulaire qui s'hypertrophie, nous savons, éclairé « par l'observation de maladies analogues d'autres organes, que la « science du médecin échoue contre l'impossibilité de transformer « ces tissus nouveaux de manière à les fluidifier, et pour nous servir « d'une expression qui ne rend peut-être pas d'une manière tout à « fait juste l'idée moderne, à les faire résorber.

« Nous voyons donc qu'il n'y a que peu ou pas de chances de voir « le parenchyme utérin revenir à la texture normale, il en est de « même pour la muqueuse, quand elle a subi des transformations « morbides.

D'après l'auteur que nous venons de citer, le catarrhe de la matrice dans la métrite chronique, serait tout aussi incurable que les autres complications de la maladie et que la maladie elle-même.

Je ne connais rien de moins encourageant que ce tableau attristant, et pourtant lorsqu'il le traçait si noir, Scanzoni disait vrai. Avec les moyens dont dispose la thérapeutique classique de la métrite chronique, cette affection est parfaitement incurable; elle condamne la malade à des soins incessants, pénibles et peu fructueux, elle l'expose à une intervention chirurgicale qui n'est pas toujours sans danger, elle amène, peu à peu, le trouble de toutes les fonctions, elle empoi-

sonne l'existence, elle fait perdre la santé, et le médecin assiste à cette évolution douloureuse combattant les symptômes avec un succès douteux qui lui arrache les vérités si peu consolantes que nous venons de citer.

Il n'était donc pas inutile de chercher en dehors des moyens classiques, un mode thérapeutique nouveau susceptible de rendre, dans la métrite chronique, les services que Scanzoni, d'accord en cela avec tous les gynécologues, avoue n'avoir pu obtenir du traitement classique que dans une mesure fort restreinte.

Désordres de la circulation utérine s'accompagnant plus tard de changements du système vasculaire de la matrice et enfin d'un véritable travail hyperplastique de cet organe, portant à la fois sur le tissu cellulaire et sur le tissu vasculaire : telles sont les altérations que l'auteur si recommandable que nous avons cité plusieurs fois déjà, signale comme irrémédiables dans la métrite chronique. Ce sont ces mêmes altérations que nous espérons dans le cours de ce travail démontrer curables à l'aide de l'électricité employée d'une manière toute spéciale, nous basant sur la connaissance approfondie des modifications physiologiques dont le tissu utérin peut être l'objet pendant la vie active de la femme, et sur la notion très-exacte des actions différentes qu'exercent sur les tissus, les courants électriques suivant leur mode de génération.

Aussitôt que l'utérus renferme le germe fécondé, sa muqueuse et son parenchyme subissent des modifications qui lui permettront de prendre une augmentation de volume graduelle et suffisante pour contenir jusqu'au moment de son expulsion, le fœtus, ses enveloppes et l'eau de l'amnios. — D'après Meckel, au terme de la grossesse, la masse de l'utérus est devenue vingt-quatre fois plus considérable.

Les micrographes ont étudié avec persévérance cette modification de texture, cette hypertrophie, et ont démontré l'augmentation de volumes des fibres lisses de l'utérus sous l'influence de la grossesse, leur augmentation de nombre ainsi que la prolifération du tissu conjonctif embryonnaire interposé aux faisceaux musculaires.

Ainsi, les fibres musculaires de la matrice dont les dimensions moyennes sont pour la longueur de cinquante millièmes de millimètre ($0^{mm},050$) et pour la largeur cinq millièmes de millimètre

($0^{mm},005$) lorsque l'utérus sain est à l'état de vacuité, peuvent acquérir, sous l'influence de la grossesse, les proportions suivantes : deux cent cinquante à cinq cents millièmes de millimètre ($0^{mm},250$ à $0^{mm},500$) pour la longueur, sur vingt-cinq millièmes de millimètre ($0^{mm},025$) de largeur.

Cette augmentation de volume n'est pas le seul phénomène que présente cette hypertrophie. En effet, une sorte de sarcolemme, mince enveloppe de nouvelle formation, entoure la fibre musculaire lisse et établit un important rapprochement de texture avec la fibre musculaire striée. Mieux encore ; à la fin de la grossesse, à cette période où le muscle utérin doit se contracter énergiquement pour expulser le fœtus, on voit apparaître sur les fibres lisses de véritables striations obliques, de tout point comparables aux fibres musculaires du manteau des céphalopodes dibranchiaux, ces animaux dont la texture si intéressante du système nerveux et du système musculaire étudiée par moi, à l'aide du microscope en 1866 (1) et figurée dans de nombreuses planches, permet de les classer immédiatement après les vertébrés dont ils semblent, par la texture des principaux systèmes organiques, dériver directement, malgré la grande différence de forme primitive.

Ces striations de transition, qui par leur direction et leur durée éphémère distinguent ces fibres musculaires des fibres de la vie de relation, s'en rapprochent donc, au dernier moment de la vie fœtale, par l'apparition d'un sarcolemme, par l'apparition de stries obliques dont le but est, évidemment, de permettre les contractions énergiques dont le muscle utérin va devenir le siège, au moment de l'expulsion du fœtus.

Le produit de la parturition étant expulsé, l'utérus revient sur lui-même. La destruction des éléments contractiles surajoutés va se faire et l'organe va reprendre son volume primitif au bout de soixante à quatre-vingt jours. Mais pour que cette involution se produise d'une façon normale, il ne faut pas qu'une cause inhérente à l'individu vienne, sous une influence occasionnelle, arrêter le travail de transformation graisseuse des éléments contractiles surajoutés, travail qui permettra

(1) Recherches pour servir à l'histoire du système nerveux des céphalopodes dibranchiaux. Récompensé par l'Institut. *Annales des sciences naturelles*, 1866. Par J. Chéron.

leur résorption. Sans cela les fibres musculaires lisses persisteront avec leur texture nouvellement acquise et l'utérus se trouvera arrêté en régression incomplète, sous la forme hypertrophique, dans les meilleures conditions pour subir les transformations pathologiques de la métrite chronique à la quelle l'état diathésique de l'individu l'expose fatalement.

Cette régression incomplète, cette subinvolution, comme l'appelle Simpson, s'observe plus fréquemment encore après la fausse couche qu'après l'accouchement (1).

Elle est plus difficile à guérir dans ce dernier cas. Cependant si un traitement galvanique intervient assez tôt, la guérison peut être obtenue radicale et la métrite chronique qui tend à évoluer sous l'inflence de cette régrèssion incomplète, peut aussi être enrayée, comme le démontre l'observation suivante.

Dans les cas anciens on obtient un résultat important, à l'aide des courants continus, mais la réduction absolue ne pouvant se faire, d'autres moyens, au nombre desquels l'emploi des appareils prothétiques tient la seconde place, doivent être utilisés concurremment avec l'application du galvanisme.

OBSERVATION I. — Régression incomplète de l'utérus consécutive à une fausse couche de quatre mois, il y a cinq mois, avec métrite parenchymateuse chronique dont le début remonte à un accouchement datant de trois années.

Névralgie lombo-abdominale. — Douleurs s'étendant dans les hypocondres et dans le membre inférieur gauche (Trajet du crural).

Impossibilité de se tenir debout. — Diathèse lymphathique.

Traitement de la régression incomplète et de la métrite chronique par les courants continus et les intermittences rythmées de ces mêmes courants. — Guérison en six mois et demi.

Le 5 mars 1873 la nommée Caroline R. entre dans le service, salle Sainte-Éléonore n° 20. Elle est âgée de vingt-huit ans, elle exerce la profession pénible de blanchisseuse, elle habite Paris depuis l'enfance. Les règles ont fait leur première apparition à l'âge de quatorze ans. La malade a joui d'une santé relativement bonne jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle elle est accouchée dans des conditions normales.

C'est une grande et grosse fille qui a l'aspect de la santé mais tous les attributs du lymphatisme le plus exagéré.

Elle a eu plusieurs fois des gourmes, dans la première enfance, et elle est

(1) Le Dr Fauquez a démontré dans un important travail, combien la régression incomplète, fréquente après l'accouchement et l'avortement, s'unit communément à la métrite chronique.

sujette, à chaque époque, à des poussées herpétiques vulvaires et à de très-vives démangeaisons.

A la suite de l'accouchement survenu il y a trois ans elle dut se présenter à la consultation de l'hôpital de Lourcine pour remédier à d'abondantes pertes blanches qui la gênaient dans l'exercice de sa profession, diminuaient ses forces et s'accompagnaient de douleurs dans le ventre qui s'exaspéraient au moment des époques.

On reconnut, dit-elle, l'existence d'une ulcération du col de l'utérus, on lui donna des soins, et les pertes blanches s'étant arrêtées, elle ne revint plus à la consultation.

Il y a cinq mois elle fit une fausse couche de quatre mois et se leva trois jours après pour reprendre son travail. Notre malade, après avoir lutté péniblement, empêchée d'exercer sa profession par des douleurs qui partant de la région des reins s'étendent dans le petit bassin et jusque dans la cuisse gauche, le long du trajet du crural, est dirigée sur notre service où nous constatons, à son entrée, l'état suivant.

Examen. — Le toucher fait constater l'existence d'un col gras, à lèvres renversées, à l'orifice large et mollasse, dans lequel pénètre facilement la première phalange de l'index. Ce col est abaissé sur le plancher vaginal. La base en est dure. Les culs-de-sac sont empâtés et il est très-difficile de faire mouvoir l'utérus, empêché qu'on en est, tant par le poids qu'il présente que par la douleur qu'on éveille. En outre, le doigt perçoit une notable élévation de température que le thermomètre accuse à 38°, 2, ce qui représente huit dizièmes de plus que la moyenne de la température du vagin.

L'examen complété à l'aide du spéculum révèle l'existence d'une ulcération papillo-folliculaire qui s'étale sur les deux lèvres du col et dans la profondeur du canal cervical.

Une coloration violacée et un aspect luisant et tendu démontrent l'état congestif et quasi-œdémateux du col.

La sonde utérine franchit l'isthme qui est largement ouvert et accuse une profondeur de 8 centimètres 1/2.

La palpation retrouve le fonds de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne.

L'ensemble des lésions que l'examen fait constater démontre l'existence d'une métrite chronique consécutive à l'accouchement, et une régression incomplète de l'utérus qu'on est en droit de rapporter à la fausse couche survenue il y a cinq mois.

L'existence d'une ulcération, la coloration violacée, l'aspect œdémateux, le volume de l'organe: tout cela peut faire affirmer que la métrite chronique est à la période d'infiltration, c'est-à-dire à la première période de son évolution.

La dureté que présente la base du col, l'élévation de la température, les douleurs persistances et la régression incomplète permettent de considérer la mé-

trite, comme portant sur le parenchyme tout autant que sur la muqueuse et de s'arrêter à ce diagnostic : *métrite parenchymateuse avec régression incomplète de l'utérus.*

Quoique la régression incomplète de l'utérus puisse être rapportée à l'accouchement, provoquée qu'elle serait, par le développement de la métrite, il est plus probable que c'est à la suite de la fausse couche que cet arrêt d'involution s'est produit, en donnant lieu à une accélération du travail de la métrite et à l'accentuation des symptômes subjectifs accusés par la malade.

La métrite parenchymateuse qui s'accompagne de ce travail sub-inflammatoire, de douleurs constantes, d'un état congestif violent, de dysménorrhée, d'arrêt d'involution, représente certainement la forme de cette affection où le traitement est le mieux frappé d'impuissance. C'est dans ce cas surtout que je comptais démontrer l'action remarquable des courants continus. Voici la manière dont je procédai dans cette circonstance.

Je ne songeai point à employer d'emblée l'application du courant galvanique, quoique depuis cette époque, j'aie dans maintes circonstances employé le courant continu en pleine évolution sub-inflammatoire avec succès, en employant, il est vrai, concurremment la révulsion spino-lombaire dont j'ai précisé ailleurs les indications.

La malade fut soumise d'abord aux bains de siège à l'eau de son avec injections pendant toute la durée du bain ; aux cataplasmes et aux lavements laudanisés, et à l'usage de 3 grammes de bromure de potassium par jour.

Des applications de flanelle imbibée de chloroforme, de teinture thébaïque et d'alcool camphré furent faites matin et soir, sur la région lombaire.

Après quinze jours de ce traitement la malade, moins endolorie, commença à se lever et à se tenir debout sans éprouver des douleurs trop vives. La température du canal cervical s'était abaissée à 37°, 5.

Jusqu'aux règles suivantes, des pansements glycéro-tanniques furent appliqués, tous les deux jours.

La marche sub-inflammatoire de l'affection utérine étant enrayée, l'application des courants continus fut faite de la façon suivante : Utilisant l'action polaire, le pôle positif fut placé dans le caval cervical et le pôle négatif armé d'une large électrode fut placé au niveau du fond de l'utérus, sur la paroi abdominale. Et le courant fourni par seize éléments de mon appareil, le rhéostat à moitié ouvert, fut laissé chaque jour, pendant douze minutes.

Le courant continu fut employé de la sorte, dans le but d'exercer une action sédative sur l'organe utérin par l'intermédiaire du pôle positif.

Notre malade étant réglée très-peu abondamment, il n'y avait aucune imprudence à en agir ainsi.

Après un mois de ce traitement, la malade à laquelle nous faisions prendre de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer, fut soumise aux intermittences du courant continu, à l'aide d'un courant fourni par quarante éléments, le rhéostat complètement ouvert.

Avant de commencer les applications, le diamètre du col au cervicimètre fut reconnu égal à 55 millimètres et la profondeur de l'utérus mesurée avec la sonde utérine fut constatée égale à 82 millimètres.

Un mois plus tard ces dimensions étaient réduites, la première à 5 centimètres la seconde à 77 millimètres et la malade commençait à marcher avec une certaine facilité quoique se plaignant encore de la douleur crurale de la jambe gauche.

En trois mois, soixante-six applications furent faites, tous les jours, excepté pendant la période menstruelle. Au bout de ce temps-là, l'amélioration qui s'était accentuée de jour en jour avait conduit la malade à une véritable guérison. En effet la marche était devenue facile, les douleurs de la région lombaire, du petit bassin et de la cuisse gauche avaient complétement disparu.

Quant à l'ulcération du col, elle a cédé à l'application galvanique en même temps que l'œdème et l'état congestif, et la diminution de volume de l'utérus est telle que sa longueur mesurée avec la sonde utérine est à peine égale à 7 centimètres.

Voilà donc une métrite parenchymateuse avec régression incomplète de l'utérus après une fausse couche de quatre mois, arrivée il y a cinq mois, qui cède à l'application des courants continus employés d'abord sans intermittence comme modificateurs du travail inflammatoire, et en dernier lieu avec les intermittences rhythmées ayant pour but et pour résultat de réduire le volume de l'organe.

Le résultat obtenu est durable ; ce qui le prouve c'est que la malade est revenue, depuis cette époque, cinq fois dans le service, atteinte d'affections étrangères à la métrite, l'utérus n'a subi aucun changement morbide. Le résultat acquis s'est maintenu dans toute son intégrité.

Il est permis de conclure que la régression incomplète de l'utérus sous l'influence de la métrite après l'avortement ou l'accouchement, est susceptible de se réduire et la métrite de s'enrayer sous l'influence dynamique du courant galvanique employé sous la forme de courant continu et d'intermittence rythmée de ce même courant.

(*La suite au prochain numéro.*)

DE LA CONTRACTURE SPASMODIQUE

DU CONSTRICTEUR VULVAIRE, SES RAPPORTS DE CAUSALITÉ AVEC UNE IRRITATION SPINALE LOCALISÉE.

Par le docteur Louis DAUDE, de la faculté de Paris.

INTRODUCTION.

Je me propose dans ce travail d'écrire l'histoire du vaginisme inférieur. Quant à ce qui touche le vaginisme supérieur, il en sera très-peu question. Son étude est encore à peine ébauchée même dans son siége anatomique, qui demeure l'objet de beaucoup d'incertitudes. L'existence de cette dernière affection est du reste mise en suspicion par certains gynécologues. Je ne me suis point dissimulé la difficulté de la tâche que j'entreprenais en écrivant sur un pareil sujet. Michon s'excuse de l'avoir fait, dans une lettre adressée au directeur du *Bulletin de thérapeutique* en 1861. Dans sa leçon sur le vaginisme, le professeur Lorain nous avertit de combien d'obstacles est entourée l'étude de cette question, et il conclut en disant que c'est là un travail bien difficile pour un jeune homme. La maladie qui va nous occuper est d'ailleurs rare à l'hôpital, cette unique école de l'étudiant. Aussi, convaincu de ma profonde insuffisance, je n'aurais pas abordé cette étude si des faits récents et dignes d'intérêt n'étaient venus frapper mon attention. La découverte de ces faits appartient tout entière à M. le Dr Chéron. Ils justifient pleinement l'opinion que professe l'éminent médecin de Saint-Lazare sur l'origine spinale du vaginisme. Ils apportent un moyen nouveau et facile de traitement pour cette affection horriblement pénible, contre laquelle on n'avait guère jusqu'ici conseillé d'efficace que des procédés chirurgicaux. Désirant produire une monographie aussi complète que pos-

sible du spasme vulvo-vaginal, j'en ai cherché les éléments un peu partout. Les auteurs déjà nombreux qui ont écrit sur la question ont apporté une part variable de vérités. Leurs assertions paraissent souvent contradictoires. Loin de les opposer stérilement les unes aux autres, j'ai tâché de faire voir que de leur union naissait la lumière ; suivant en cela le précepte par lequel Baglivi trace la vraie condition du progrès : *Novi veteribus non opponendi, sed quoad fieri potest, perpetuo jungendi fœdere.*

Trop heureux d'ailleurs si je suis arrivé, pour une part si minime qu'elle soit, à agrandir le champ de la vérité scientifique, cette fille du temps comme l'appelait Bacon (*temporis non autem ingenii humani filia*), faisant ainsi allusion à la laborieuse lenteur de sa génération séculaire.

HISTORIQUE.

Quoique la description méthodique du vaginisme soit relativement récente, on trouve dans les anciens auteurs des observations se rapportant évidemment à cette maladie.

Dupuytren, Lisfranc en ont rapporté des exemples non douteux. Demnan, John Burns en Angleterre, Busch et Kiwisch en Allemagne en font aussi mention, mais d'une façon assez vague. Gream, dans la Lancet, cite la maladie comme cause de stérilité et dit que le traitement mécanique la guérit toujours. Le premier de tous, Huguier assimila la contracture vulvaire à la contracture anale. Simpson, dans l'*Edinburg Journal*, compare le vaginisme au torticolis. Borelli le suivit dans cette voie. Mais c'est depuis la communication faite par Tyler Smith en 1861, à la Société obstétricale de Londres, au nom de Marion Sims, que des travaux remarquables ont paru sur ce sujet. Nous citerons la thèse de Charrier (Contracture du sphincter vaginal, 1862) ;

L'article de Scanzoni dans son *Traité des maladies des organes sexuels* en 1858, page 486 ;

Simpson (Fissures of the orifice of the vagina, p. 132).

Debout (De la contracture spasmodique du sphincter vaginal, et de

son traitement ; *Bulletin de thérapeutique*, 1861, L. XI, n°s 3, 4, 7) ;

Michon (Contraction spasmodique du sphincter vaginal, thèse de Paris, 1862) ;

Putégnat, de Lunéville (*Du vaginisme*, 1871) ;

L'excellente thèse de Lutaud (Vaginisme), où se trouve reproduite une leçon du professeur Lorain ;

Verrier (*Guide du médecin praticien pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines*, page 652) ;

Robert Barnes (*Traité des maladies des femmes* à l'article Dyspareunie, pp. 88 et 753) ;

De Ranse (*Clinique thermo-minérale de Néris*, p. 76).

MM. Demarquay et O. Saint-Vel, Gueneau de Mussy (*Clinique médicale*, t. II, p. 353), C. West, Courty, Gallard, Gosselin, Churchill et Sims, dans leurs traités de gynécologie ou de clinique y consacrent un article.

Je citerai encore l'article de M. Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, 1er mai 1875, p. 403) et celui de M. V. Révillout (1874, id. Journal, 29 août, p. 793) qui est consacré à la description du vaginisme supérieur.

Béni-Barde (Chapitre : vaginisme dans son *Traité d'hydrothérapie*).

Ce ne sont pas là d'ailleurs les seuls travaux sur la matière. Je cite rapidement ceux qui restent : MM. Bourguet, Bouchard, Bedfort, en 1862 ; Landry, 1863 ; Valleix, 1866 ; Caffe, Bernardet Murray, 1867 ; Richard, Giraldès, Forget, 1868 ; Bonnet, Dolbeau, Lagneau, Briquet, Perrin, Robert Latour, Raciborscki, en 1868 ; Neftel, 1873 ; Nonat et Linas, 1869-74 ; Jamain, 1870 ; West, Mauriac, Arndt, Gueneau de Mussy, 1870 ; Martin, 1871 ; Stoltz, 1872 ; Simpson, 1874 ; Bertillon, 1872 ; Laforgue, Gaillard-Thomas, 1872 ; Ewart, 1873 ; Schnégierief, 1874 ; Guyénot, Ménières, Van Holsbeeck, Trélat, Leblond et Tarnier, 1875.

Les auteurs qui suivent ont parlé accidentellement du vaginisme comme compliquant des polypes de l'urèthre, ou du vagin :

Letenneur 1859, Beaupoil, 1860 ; Caudmont, 1861 ; Alph. Guérin, 1864 ; Raciborscki, 1866 ; Mauriac, 1870 ; Alph. Menetrez, 1874.

Nous avons fait de nombreux emprunts aux thèses de Lutaud, Visca, Charrier et aux deux ouvrages de MM. Demarquay et Marion Sims.

Je termine en signalant les quatre observations très-intéressantes publiées par M. Chéron dans les n°s de juin et de mai 1879 et de janvier 1880 de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

On ne peut s'empêcher de remarquer, après la lecture de tous ces nombreux travaux, la différence profonde avec laquelle certains de leurs auteurs ont envisagé la maladie qui nous occupe.

Les uns, en effet, la font consister en une simple hypéresthésie, les autres en une contracture indolore. J'ai vu, dit Huguier, une induration et un épaississement considérable de la membrane muqueuse de la vulve amener une constriction telle de l'ouverture du vagin, qu'une grosse plume de cygne eût pu à peine être introduite dans ce conduit. La muqueuse était rugueuse, inégale, fendillée et d'un gris blanchâtre, comme quand on a déposé une grande quantité de vinaigre sur les lèvres. Elle était entièrement insensible ; la malade en enlevait des lambeaux de la largeur d'une pièce de six liards avec un rasoir, sans en souffrir le moins du monde ; les profondes cautérisations avec le nitrate d'argent n'étaient pas plus douloureuses ; c'est à peine si celles faites au nitrate-acide de mercure l'étaient (Huguier, thèse, 1834 : Dissertations sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie). Lisfranc, Tanchon (*Gazette des hôpitaux*) négligent le spasme pour ne parler que de la douleur. M. le professeur Gosselin, repoussant la dénomination de vaginisme, décrit la maladie sous le nom d'hypéresthésie vulvaire, et n'admet point qu'une contracture efficace puisse siéger dans la région vulvo-vaginale.

Voici, du reste, ses propres paroles : En voyant le grand nombre d'auteurs qui admettent aujourd'hui le spasme, je me demande sur quelles investigations ils ont fondé leur opinion. Ils ne le disent pas ; ils ne procurent rien et semblent entraînés par ces deux considérations : 1° que le coït est empêché et que cela ne peut s'expliquer autrement que par la contraction du sphincter ; 2° que les choses se passent comme dans la fissure anale.

Mais de ces deux considérations, la première est pour moi sans valeur. Car, pourquoi le coït est-il empêché ? Ce n'est pas parce qu'il a un obstacle absolu par le sphincter; c'est tout simplement parce

que l'intromission ne peut se faire sans une certaine dilatation et une pression qui éveillent la souffrance. En définitive, chez presque toutes les femmes, chez celles surtout qui n'ont pas eu d'enfants à terme, l'entrée du vagin est d'un diamètre plus petit que celui du pénis; seulement cette entrée est extensible et le pénis la dilate. Quand il y a souffrance la dilatation reste possible, mais elle ne se fait pas parce que les conjoints s'arrêtent. Je ne vois pas dans tout cela la nécessité et surtout la preuve du spasme. On me répond : mais la douleur provoquée par la dilatation doit amener, par une action réflexe, la contraction du sphincter. Qu'en savez-vous? Car sur d'autres femmes j'ai fait les mêmes explorations que sur celle-ci et je n'ai jamais pu apprécier ce resserrement spasmodique. D'ailleurs, ce sphincter dont on admet si complaisamment la contraction, vous connaissez sa ténuité, sa faiblesse; si énergiques que soient ses contractions, elles ne fermeraient jamais assez l'orifice vulvaire pour l'empêcher d'être franchi par un corps dilatant bien conduit.

A côté de ces négations de M. Gosselin, je citerai le fragment suivant d'une observation de Sims :

Il s'agit d'une malade atteinte de vaginisme datant de vingt-cinq ans qui se présenta à lui pour être examinée. Après avoir, dit Sims, exercé pendant quelques moments une pression de toute ma force, je réussis à introduire l'index dans le vagin jusqu'à la seconde articulation, mais pas plus loin. La résistance que rencontrait le doigt à son passage était assez grande, la contraction vaginale assez forte pour amener un engourdissement, et l'examen ne révéla qu'un spasme insurmontable du sphincter vaginal.

Et il ajoute qu'ayant examiné la malade pendant le sommeil anesthésique, il trouva les organes aussi souples et aussi dilatés qu'à l'état normal. Donc, des auteurs également éminents produisent en cette matière des assertions absolument opposées. Eh bien! loin de conclure qu'ils ont mal observé ou que quelques-uns d'entre eux sont tombés dans l'erreur, nous conclurons au contraire qu'ils ont observé des cas différents de vaginisme, ou plutôt le vaginisme à différentes périodes de son évolution. Et comment n'en serait-il pas du vaginisme comme d'autres affections convulsives? Simpson compare le vaginisme au torticolis; Sims au blépharisme avec

photophobie ; et ces comparaisons ne manquent pas de justesse.

Il est une autre affection qu'on peut encore assimiler à la contraction spasmodique du sphincter vaginal, je veux parler du tic convulsif de la face.

Or, ne trouve-t-on pas ici, tantôt isolés, tantôt réunis, les deux symptômes constituant le vaginisme : douleur et spasme ? Ne voit-on pas des névralgies dentaires, ou bien des névralgies trifaciales idiopathiques sans complications convulsives ? Ne voit-on pas la douleur et le spasme réflexe, tonique ou clinique s'unir, constituant ainsi le tic douloureux ? Ne voit-on pas l'effet réflexe survivre à sa cause et le trouble moteur exister isolé, substituant au tic douloureux la convulsion mimique indolore ? Cette dernière, du reste, peut exister d'emblée quand elle a pour point de départ une excitation partie du domaine du système nerveux de la vie organique et qui, par suite, n'a pas été transmise à un sensorium capable de perception consciente. (Helminthiasis, affections utérines, etc.)

Nous ne sommes donc pas étonné de voir chez les auteurs qui se sont occupés de la question cette diversité d'opinions, et nous croyons qu'en effet les uns n'ont observé de l'affection qui nous occupe que l'élément contractural, les autres que l'élément hypéresthésique. Nous nous proposons de revenir de plus haut sur ce même point.

Quelques mots sur l'anatomie de la vulve et du vagin, empruntés, en partie, à M. Révillout et à M. Tillaux, ne seront pas inutiles à l'exposé de notre sujet.

On doit entendre sous le nom de vulve l'ensemble des organes génitaux externes de la femme situés au dessus de l'hymen, ou des caroncules myrtiformes. C'est un espace limité en bas par les grandes lèvres et en haut par l'hymen.

L'orifice vulvaire présente des aspects variables suivant l'âge, les individus, les habitudes et surtout suivant que la femme a eu ou n'a pas eu d'enfants. Les grandes lèvres forment deux saillies allongées, séparées de la cuisse par un angle profond, le pli génito-crural, et adossées l'une à l'autre par leur face interne, de façon à fermer l'entrée du vagin. Elles s'unissent entr'elles par leur extrémité postérieure pour former la commissure postérieure de la vulve, ou fourchette,

qui est en général déchirée chez les femmes qui ont eu des enfants.

On appelle fosse naviculaire une dépression située en avant de la fourchette et qui est le lieu d'élection des chancres de la femme.

Les grandes lèvres sont l'analogue du scrotum. Elles sont constituées par les couches suivantes : la peau, une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée ou fascia superficialis et le dartos.

La peau est riche en glandes sudoripares et sébacées, ce qui explique la naissance en ce point de furoncles et de kystes sébacés. La diphthérie l'envahit quelquefois ainsi que la gangrène chez les petites filles. Ces affections peuvent, du reste, être l'origine d'une atrésie vulvaire. Cette région est encore le siège d'éléphantiasis et de végétations vénériennes. La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée est lâche, sujette à s'infiltrer.

Le dartos, analogue au dartos de l'homme, a la forme d'une poche dont l'orifice, beaucoup plus étroit que le fond, répond à l'anneau inguinal inférieur. En avant, le dartos n'adhère pas à la face profonde de la peau. En arrière, il adhère intimement à la muqueuse et à l'aponévrose périnéale superficielle. La cavité du sac dartoïque contient : une boule graisseuse constante, la terminaison du ligament rond de l'utérus, et quelquefois un prolongement péritonéal, le canal de Nuck. La boule graisseuse peut être le point de départ de lipomes. Les thrombus peuvent être dus à un épanchement sanguin dans la cavité du sac. C'est dans le canal de Nuck que siège probablement l'hydrocèle de la femme. Les vaisseaux des grandes lèvres, surtout les veines, sont très nombreux. Aussi observe-t-on parfois des hémorrhagies abondantes dans cette région. Les artères proviennent des honteuses externes, de la périnéale inférieure et de l'épigastrique. La plupart des veines suivent le trajet des artères ; un certain nombre vont se continuer avec celles du bulbe.

Les nerfs viennent de la branche génito-crurale du plexus lombaire et de la branche périnéale du nerf honteux interne. Les petites lèvres se perdent par leur extrémité postérieure sur la face interne des grandes lèvres, vers le milieu de leur hauteur. En avant, au contraire, elles s'unissent l'une à l'autre et se dédoublent sur la ligne médiane, pour envelopper l'extrémité libre du clitoris, dont elles forment l'enveloppe préputiale.

Dans leur épaisseur on ne trouve qu'un peu de tissu conjonctif, quelques fibres élastiques et des vaisseaux. Elles offrent des papilles nombreuses et beaucoup de glandes sébacées qui peuvent occasionner une vulvite analogue à la balano-posthite de l'homme. De plus, elles peuvent gêner par leur longueur.

Les nerfs proviennent de la branche périnéale du honteux interne.

Le clitoris est un organe caverneux, en tout point analogue aux corps caverneux de l'homme ; sa structure et la disposition de ses vaisseaux y sont les mêmes ; ces derniers peuvent se rompre pendant l'accouchement et donner lieu à des hémorrhagies inquiétantes.

Les nerfs proviennent encore du honteux interne.

La glande vulvo-vaginale est une glande en grappe, analogue aux glandes de Méry. Son canal vient s'ouvrir en avant de l'hymen. M. Tillaux dit l'avoir cherché en vain plusieurs fois sur le cadavre. Elle repose en dedans sur le bulbe du vagin, et en dehors est recouverte par le constricteur.

Les abcès de la grande lèvre siègent le plus souvent dans le conduit excréteur de la glande, d'après Huguier.

La glande et son conduit sont également le point de départ de kystes qui occupent l'épaisseur de la grande lèvre et siègent surtout à gauche. On les traite d'ordinaire par une large incision et on fait suppurer la cavité ; et si la guérison n'est pas obtenue on extirpe le kyste en entier.

Il est un procédé que nous préférons à cause de sa grande simplicité, du peu de souffrance qu'il occasionne à la malade, et de la sûreté et de la rapidité curative qu'il possède. Ce moyen est la ligature élastique. Nous l'avons vu pratiquer par M. Chéron, et elle nous a séduit par tous ses avantages. La malade opérée par lui avait déjà subi plusieurs tentatives chirurgicales, et son kyste, d'ailleurs suppuré, s'était chaque fois reformé. Or, un fil élastique passé dans la tumeur avec un trocart et assez fortement serré, sectionna les parties en une semaine, sans que la malade fût privée de vaquer à ses occupations. Au fur et à mesure que les parties étaient sectionnées par le fil, l'accolement définitif des parois du kyste se faisait par derrière.

L'hymen, d'après certains auteurs, est un repli de la muqueuse vulvaire ; d'après d'autres, un adossement des muqueuses du vagin et de la vulve. Ce repli ferme plus ou moins complétement l'entrée du vagin. Il a d'ordinaire la forme d'un croissant dirigé en haut. Il peut être d'ailleurs imperforé et occasionner la distension de l'utérus et du vagin par le sang des menstrues.

Chez les animaux l'hymen n'existe pas.

M. Budin, en faisant un jour une section sur les grandes et les petites lèvres, s'aperçut que l'hymen n'était constitué que par l'extrémité antérieure du canal vaginal, qui venait se recourber entre les deux petites lèvres.

On peut, sur des fœtus, enlever tout d'une pièce l'utérus, le vagin et son extrémité antérieure recourbée, l'hymen. Le degré de résistance de l'hymen varie beaucoup suivant les sujets. On a vu dans cette résistance une cause de vaginisme. Quand cette membrane est déchirée par le coït, elle est remplacée par les caroncules hyménéales qui diffèrent des caroncules myrtiformes en ce que la juxtaposition des lambeaux qui constituent celles-ci ne refont pas un hymen complet ; elles résultent, en effet, de la membrane hymen ou des caroncules hyménéales qui ont subi, après le passage de la tête fœtale, une perte de substance notable.

On croit généralement que chez la primipare, c'est le périnée qui résiste surtout contre l'expulsion de la tête fœtale ; or, dans la grande majorité des cas, c'est l'orifice vaginal antérieur, d'après M. Budin. On n'a du reste qu'à écarter les petites lèvres et on verra la tête coiffée par l'orifice vaginal. Souvent, après une contraction, la tête apparaît ensanglantée. C'est là un bon signe et qui prouve une déchirure de cet orifice vaginal qui résistait.

Quelquefois, on voit des sortes de languettes membraneuses flotter sur l'orifice vulvaire, ce sont là des débris d'hymen décollés sur une certaine étendue de leur circonférence adhérente au canal vaginal.

La muqueuse de la vulve, dit M. Tillaux, jouit d'une vive sensibilité ; elle est parfois le siège d'une hypéresthésie telle que le plus léger contact occasionne d'atroces douleurs et rend le coït impos-

sible. L'hypéresthésie est le plus souvent liée à une contraction spasmodique et involontaire du muscle constricteur du vagin ; d'où le nom de vaginisme donné à cet état. La guérison du vaginisme, ajoute cet auteur, présente une difficulté désespérante. J'ai vu complétement échouer l'incision de l'hymen et la dilatation forcée sous le chloroforme.

Le vagin est un conduit musculo-membraneux, étendu de la vulve à l'utérus sur lequel il s'attache solidement. Sa position oblique d'avant en arrière et de bas en haut se rapproche beaucoup de la verticale dans la station debout. Le vagin n'est pas absolument rectiligne. Il décrit une légère courbure à concavité antérieure, de telle sorte que sa paroi antérieure est un peu plus courte que la postérieure. Il en résulte que le spéculum ne doit pas être poussé directement d'avant en arrière, si l'on ne veut pas froisser les parois du vagin ; il faut le présenter à la vulve, comme si on voulait le diriger d'abord vers le coccyx ; une fois introduit, on abaissera ensuite le manche, de façon à relever l'extrémité qui se trouve alors ainsi dirigée vers l'angle sacro-vertébral. La situation de l'orifice vulvaire est d'ailleurs loin d'être la même chez tous les sujets. Tantôt la vulve rapprochée des pubis est portée très en avant et il est utile de déprimer la fourchette et le périnée avec le spéculum pour atteindre le col. La courbure du canal utéro-vaginal est alors plus prononcée qu'à l'état normal, et le centre de la vulve ne répond plus comme d'usage à l'axe du détroit inférieur du bassin ; les femmes ainsi conformées ont le périnée plus large et sont plus exposées que les autres aux déchirures pendant l'accouchement. C'est chez elles qu'on observe les ruptures dites centrales. J'ajouterai qu'on a signalé cet avancement antérieur du périnée comme une cause de vaginisme. La copulation est en effet dans ce cas difficile. Il y a dyspareunie, pour me servir de la bizarre expression de Robert Barnes. D'autres femmes ont la vulve située très en arrière, et alors le vagin est rectiligne et le périnée très-court. La longueur du vagin est en moyenne de 7 à 8 centimètres. Elle peut atteindre 10 à 11 centimètres. La largeur présente des variétés individuelles très-grandes, dépendant surtout des habitudes et des grossesses anté-

rieures. La partie la plus étroite est l'orifice inférieur dans le point qui correspond au bulbe et au muscle constricteur. Il existe en ce point, grâce sans doute à la tonicité du muscle, un véritable anneau qui, avec l'hymen, apporte obstacle à l'intromission. Lorsque l'hymen fait défaut ou qu'il est très-dépressible, on sent nettement avec le doigt cet anneau dont l'existence est un signe de virginité. Le sphincter vaginal a donc une énergie beaucoup plus grande que celle qu'a bien voulu lui prêter M. Gosselin.

Le vagin est susceptible d'une grande dilatation, surtout dans l'état puerpéral, et l'on est surpris de la quantité de charpie que peut contenir cet organe, lorsqu'il est nécessaire de faire le tamponnement, sa distension n'ayant alors d'autres limites que les parois de l'excavation.

A l'état normal, les parois antérieure et postérieure sont contiguës, en sorte que le vagin peut être considéré comme un canal aplati d'avant en arrière.

La paroi antérieure du vagin est en rapport successivement, de haut en bas, avec l'utérus, la vessie et l'urèthre. Elle s'unit intimement à la vessie pour former la cloison vésico-vaginale. Cette cloison présente une épaisseur d'environ 7 à 8 millimètres ; il n'est pas rare néanmoins de la voir déprimée, repoussée par la vessie et former à la vulve une tumeur proéminente, qui constitue la cystocèle vaginale. C'est sur cette paroi que siégent les fistules vésico-vaginales. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, situé entre la vessie et le col utérin, est susceptible de s'enflammer et de former une tumeur très-limitée, accessible seulement par le cul-de-sac antérieur du vagin. Il est assez difficile de s'en rendre exactement compte par le toucher ordinaire, parce qu'il faut pour cela porter la main en pronation. Aussi, dans ce cas, Nélaton touchait avec le pouce.

La paroi postérieure du vagin est, dans une grande partie de son étendue, accolée au rectum et forme la cloison recto-vaginale. Vers leur terminaison les deux conduits se séparent, le vagin se portant légèrement en avant et le rectum assez brusquement en arrière. Ils interceptent ainsi un espace triangulaire en forme de coin dont la base répond à la peau, c'est le périnée. Cette cloison est dans une partie de son étendue tapissée par le péritoine.

Le tissu qui unit la paroi vaginale à la paroi rectale est lâche et permet les mouvements isolés de chaque paroi.

Les faces latérales du vagin sont plutôt des bords, puisque le canal est aplati d'avant en arrière ; elles sont en rapport de haut en bas : avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, compris entre les deux feuillets du péritoine, qui constituent le ligament large, avec l'aponévrose périnéale supérieure et avec les muscles releveurs de l'anus qui prennent insertion à leur surface. C'est au niveau des bords que siègent les vaisseaux les plus importants.

Voici les rapports du vaginet du releveur anal, d'après M. Révillout ; il importe de les connaître, parce que cette description s'éloigne des descriptions classiques et permet seule de bien comprendre le mécanisme qui préside à la production du vaginisme supérieur.

L'aponévrose périnéale supérieure, dit M. Révillout, bien plus fibreuse et résistante chez les femmes que ne l'indique M. Richet, dans son traité d'anatomie chirurgicale (au moins chez les sujets examinés par moi à ce point de vue), s'étend du pubis et des bords supérieurs des trous obturateurs, jusqu'au sacrum, où elle s'insère sur l'espèce de crête saillante, que l'on sent au bord de l'échancrure ischio-coccygienne, vers la partie moyenne de l'os, au-dessus des deux trous inférieurs. Elle divise donc le bassin en deux parties, l'une inférieure et l'autre supérieure. La partie inférieure est riche en fibres musculaires striées. La partie supérieure n'en contient à peu près aucune.

Le vagin, comme nous l'avons dit, croise obliquement cette aponévrose et il la dépasse à peu près de toute sa moitié supérieure. Cette moitié supérieure se trouve donc isolée de tout muscle strié et volontaire. Mais il est loin d'en être de même de sa moitié sous-aponévrotique.

En effet, dans la pièce que nous décrivons, des faisceaux musculaires antéro-postérieurs ou obliques, avec prédominance du sens antéro-postérieur, passant de chaque côté du vagin, pour se diriger vers le rectum, l'embrassent ainsi, sur une hauteur d'à peu près 7 centimètres, au point d'union de sa face postérieure avec la face antérieure du rectum. C'est-à-dire qu'il reste à peine un très-petit

espace triangulaire à base postérieure de complétement libre sur la partie sous-aponévrotique des faces latérales du vagin. Les premiers faisceaux, qui s'insèrent sur le bord antérieur du trou obturateur et sur la partie la plus médiane de l'aponévrose, sont beaucoup plus considérables qu'on ne le dit généralement dans les traités d'anatomie descriptive ou chirurgicale.

Elles forment un ensemble trapézoïde, presque triangulaire, qui va s'étaler en éventail sur les côtés du rectum et embrasse le vagin sur une hauteur d'environ 4 centimètres et demi vers ses bords postérieurs. Les faisceaux inférieurs peuvent mériter le nom de releveur anal, car très-rapprochés du constricteur vulvaire, ils se dirigent obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Mais c'est à peine si les faisceaux supérieurs sont obliques et s'ils représentent un muscle constricteur.

Nous aurons à revenir sur ce premier ensemble de fibres larges ; mais maintenant il nous faut parler d'autres faisceaux, qui s'écartent bien davantage des descriptions classiques.

Les faisceaux un peu plus externes et plus postérieurs à leur origine représentent sur le sujet que nous décrivons un muscle nettement triangulaire, sis sur la face postérieure de l'aponévrose supérieure, un peu en dehors de la ligne de jonction de cette aponévrose avec le vagin. Ils se portent en se renforçant sur les côtés de cet organe et sur les côtés du rectum, où ils s'étalent en éventail très-allongé. La base de cet éventail est à peu près de 2 centimètres ; mais les faisceaux sont très-puissants et ce sont bien des fibres striées, comme nous nous en sommes assuré par l'examen microscopique avec M. Damaschino. Une partie de ces fibres se perdent sur le rectum ; mais d'autres semblent avoir dû s'insérer plus loin.

Elles ont été coupées quand on a séparé du sacrum la pièce en rasant cet os. Cette disposition curieuse n'a point encore été indiquée. A ce niveau, on ne trouve décrit dans les ouvrages d'anatomie aucun faisceau musculaire, dont la direction soit à peu près antéro-postérieure, au lieu d'être oblique dans le sens horizontal ou latéral.

Chez une femme ainsi constituée, la contraction de ces faisceaux puissants doit étrangler latéralement la partie moyenne du vagin

et est certainement survenue chez deux malades dont j'ai raconté l'histoire.

Quant aux faisceaux moyens du muscle appelé releveur anal, ce sont évidemment de puissants constricteurs du vagin, mais moins que du rectum lui-même. En se contractant, ils font l'effet de ces cordons passés dans les anciennes bourses et qui, tirés de côté, les refermaient. Ils attirent le bas du rectum obliquement en avant et en haut ; ils le serrent contre le vagin, dont la direction dans cette moitié inférieure est perpendiculaire au sens du mouvement. En même temps ils pressent de chaque côté le vagin lui-même, de manière à diminuer notablement sa capacité.

L'extrémité inférieure ou antérieure du vagin succède à la vulve et commence au niveau de l'hymen ou de ses débris. Cette extrémité est remarquable par l'existence d'un organe spongieux, bulbe du vagin ; et celle d'un constricteur analogue au bulbo-caverneux : le constricteur du vagin. Le bulbe du vagin est l'analogue du bulbe de l'urèthre de l'homme. Au lieu d'être unique et situé sur la ligne médiane, comme chez ce dernier, il est composé de deux renflements siégeant au-dessus des grandes lèvres et immédiatement en dehors des petites lèvres.

Chaque renflement est pyriforme. Les grosses extrémités regardent en arrière et sont écartées l'une de l'autre par toute la largeur de la fourchette. En avant, ils se terminent en pointe, convergent l'un vers l'autre et se réunissent au-dessous du clitoris ; ils forment ainsi un coussinet destiné à enserrer le pénis, à l'entrée du vagin. Le bulbe est recouvert à sa surface interne pas le muscle constricteur. La structure du bulbe du vagin est la même que celle des corps caverneux et spongieux de l'homme. Les veines bulbaires, très-abondantes, communiquent avec celles du clitoris. Quelques-unes se rendent directement au plexus vésical.

Le muscle constricteur du vagin est double comme le bulbe ; il se continue en arrière avec le sphincter anal externe et s'entre-croise avec lui, en formant un huit de chiffres ; de telle sorte que les contractions de ces deux muscles sont d'ordinaire solidaires. Cependant, il n'y a pas fusion réelle entre eux. Nous avons souvent entendu dire à M. le professeur Sappey qu'une chose semblable ne

pouvoir exister dans l'économie. L'électricité démontre d'ailleurs, que cette fusion n'existe pas, en faisant contracter isolément chacun de ces muscles. En avant les deux constricteurs du vagin se réunissent sur la ligne médiane et se fixent à une aponévrose située entre le clitoris et l'urèthre.

La contraction de ces muscles s'exerce d'une façon plus ou moins énergique, suivant les sujets. Leur tonicité disparaît souvent par suite de la distension extrême qu'ils subissent pendant l'accouchement ; d'où l'aspect béant qu'offre quelquefois la vulve chez certaines femmes.

En somme, l'appareil érectile de la femme est donc en tout semblable à celui de l'homme. Les mêmes muscles sont adjoints à cet appareil et le mécanisme en est identique.

SYNONYMIE ET DÉFINITION.

Contracture spasmodique du sphincter vaginal ou vulvaire.
Vaginodynie.
Hypéresthésie vulvaire de certains auteurs.

Par le mot de blépharisme ou blépharospasme, dit Sims, on entend une contraction spasmodique, douloureuse et involontaire de l'orbiculaire des paupières, accompagnée d'une extrême sensibilité ou de photophobie. On nomme laryngisme, une contraction spasmodique de l'appareil vocal, qui rend la respiration sifflante. Par analogie, j'appelle vaginisme cette contraction spasmodique et douloureuse de l'orifice du vagin. Et il définit le vaginisme : une hypéresthésie excessive de l'hymen et de la vulve, associée à cette contraction spasmodique et involontaire du sphincter vaginal, qui s'oppose au coït.

Nous croyons avec M. Demarquay, cette définition incomplète. En effet la vulve et l'hymen peuvent être indolores et la douleur ne siéger, par exemple, que dans une fissure, située dans un repli muqueux du vagin ; et puis, n'existe-t-il pas dans la science des cas

rares, il est vrai, celui d'Huguier, entre autres, où la contracture seule existait ?

Nous dirons donc avec Lutaud :

Le vaginisme est une affection caractérisée par une hypéresthésie excessive de la vulve ou du vagin, le plus souvent accompagnée de contracture spasmodique, reconnaissant pour cause, des lésions variables de ces organes et s'opposant au coït. Nous ajouterons que dans certains cas, l'élément contractural peut prédominer sur l'élément hypéresthésique.

ÉTIOLOGIE

Les causes du vaginisme sont nombreuses.

Un état inflammatoire quelconque des parties génitales externes et internes peut amener la contracture vulvaire. La vulvite, la vaginite purulente, les maladies utéro-ovariennes, les raghades, les fissures, les plaques muqueuses, la bartholinite, les végétations verruqueuses de ces régions ont été incriminées.

On a beaucoup insisté sur les polypes uréthraux, comme causes de la maladie en question.

L'écoulement lochial, qui a été signalé par Trousseau comme une cause de fissure anale, peut produire une fissure vulvaire ou vaginale, et engendrer par là le vaginisme.

Dans certains cas, une excroissance épithéliale, un névrome, un tubercule sous-cutané, ont paru être la cause des accidents. Une malade, que Sims avait opérée par son procédé, avait vus sa maladie récidiver ; l'extirpation d'un petit durillon, situé au côté droit de l'orifice vaginal et qui n'avait pas été compris dans l'excision de l'hymen, fit cesser toute douleur, comme le ferait l'extirpation d'un névrome sous-cutané. M. Richet cite l'exemple d'un pessaire qui, laissé pendant très-peu de temps, amena du vaginisme.

Scanzoni et Raciborsdki ont insisté sur les rapports existant entre le vaginisme, la dysménorrhée, les métrites, périmétrites, antéversions. Lutaud admet que ces dernières maladies ne peuvent agir qu'en produisant de la vulvite, ou de la vaginite. On a encore cité

les déchirures de l'accouchement. Dans une des observations que nous citons plus loin, le traumatisme de la région dorsale seul était la cause du vaginisme.

La fissure anale et toutes les causes de spasme du sphincter anal, fistules, hémorrhoïdes enflammées, peuvent, en raison de la solidarité qui unit les deux constricteurs, amener le spasme vulvaire.

Le Dr Arndt a considéré le vaginisme comme la localisation d'un état général dans le vagin.

Cet état, se localisant dans le cerveau, amènerait l'aliénation mentale. Mais ce médecin en produisant cette bizarre assertion a été trompé par les suites que peut entraîner le vaginisme ; ce dernier peut, en effet, produire un état de folie lypémaniaque par ses douleurs, sa durée, ses conséquences morales.

Ajoutons que la maladie est rare à l'hôpital, les femmes répugnant à y entrer pour ce seul motif.

(La suite au prochain numéro.)

DYSTOCIE PAR ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL

ORIFICE INTERNE RÉSISTANT,

Par le docteur VANVERTS, professeur d'accouchements (Lille).

Le 5 février 1880, à cinq heures du soir, arrivait à l'hôpital Sainte-Eugénie une femme âgée de quarante-cinq ans, maigre, nerveuse, enceinte pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements avaient été faciles et rapides. Le dernier remontant à trois ans avait duré une demi-heure ; et cette fois depuis midi, des contractions assez fortes et répétées n'avaient en rien avancé le travail.

A son entrée l'interne fut très-surpris, en voulant pratiquer le toucher, de sentir au dehors de la vulve un corps saillant, volumineux, qui n'était autre que le col utérin turgescent accompagné du fond du vagin renversé.

Différentes mesures furent prises et donnèrent les résultats suivants :

Longueur depuis la commissure antérieure des grandes lèvres jusqu'au bord libre de la lèvre antérieure, 9 centimètres ;

Longueur depuis la commissure extérieure jusqu'au bord libre de la lèvre postérieure, 6 centimètres ;

Diamètre transversal du niveau du point d'insertion du vagin sur le col, 7 centimètres 1/2 ;

Epaisseur de la lèvre antérieure, 3 centimètres ;

Epaisseur de la lèvre postérieure, 3 centimètres ;

Longueur transversale de la fente du col, 4 centimètres ;

Longueur du col de l'orifice externe à l'orifice interne, 13 centimètres.

Je fus immédiatement appelé et je pus constater l'exactitude des détails ci-dessus.

La femme me raconta que depuis son dernier accouchement, elle n'avait jamais éprouvé, avant ses trois derniers mois, le plus léger malaise du côté des organes génitaux. Les rapports conjugaux avaient été faciles et avaient pu s'effectuer comme d'ordinaire, la pénétration du membre viril étant normale. Mais à partir du sixième mois de la grossesse, une tumeur de petite dimension d'abord avait apparu à la vulve, disparaissant par le repos au lit ; peu à peu son volume avait augmenté et était arrivé à peu près aux dimensions que nous pouvons constater *de visu.*

A neuf heures du soir, les contractures sont fortes et se répètent à de courts intervalles. La tumeur, si on la fait rentrer entre chacune d'elles, est chaque fois projetée au dehors. En introduisant un doigt dans le canal cervical, il est impossible d'atteindre la partie fœtale qui se présente. Il faut faire pénétrer plusieurs doigts ; et en poussant aussi haut que possible, on trouve l'orifice interne du col très-épais, rigide, laissant à peine pénétrer, après bien des efforts, l'indicateur et le médius.

Nous avons donc un long entonnoir à large orifice inférieur.

La poche des eaux, en boudin, s'allongeant et se durcissant à chaque contraction, fait saillie dans le col. Plus haut, très-mobile,

nullement fixée, pouvant être soulevée avec la plus grande facilité, on trouve une tête qui n'occupe pas l'aire du détroit supérieur et qui est portée un peu à gauche. Sur la droite, on sent le cordon et une main qui sont plus bas que la tête et tendent à pénétrer dans l'orifice utérin. Cette tête mobile fait assez l'effet de la boule placée sans fixation sur la cupule du bilboquet. L'utérus continue à se contracter avec une grande énergie. Craignant, vu la résistance de l'orifice interne, la rupture de cet organe, je me décidai à intervenir immédiatement. Les membranes étant rompues, je cherche à obtenir la dilatation graduelle en introduisant un doigt à la fois. Les quatre doigts et le pouce réunis en cône peuvent ainsi pénétrer après plus d'une heure de travail continu ; mais quand il s'agit de faire franchir l'obstacle aux métacarpiens, la résistance paralyse tous nos efforts. Les pieds ne pouvant être atteints pour pratiquer la version, la main et le cordon ayant été refoulés à droite aussi haut que possible, on tente à plusieurs fois l'application d'un petit forceps. Les deux branches pénètrent très-profondément avec de grandes difficultés. Plusieurs fois la branche droite doit être placée la première, mais, quand il s'agit d'articuler les branches, cette articulation devant se faire dans l'intérieur du vagin, il est impossible d'établir le parallélisme des deux cuillers : aussi, malgré les tentatives répétées dans tous les sens, on ne put exercer de tractions fructueuses. Après deux heures d'efforts, il était onze heures du soir, je laisse reposer la femme, attendant ce qui va se passer dans la nuit. De la pommade à la belladone est déposée dans le col, surtout à l'orifice interne. Le lendemain dès le matin, on donne un bain prolongé. Vers dix heures je trouve la parturiente calme. Elle a eu quelques heures de repos. Les douleurs ont presque cessé jusqu'à huit heures, où elles ont repris, mais avec moins d'intensité que la veille.

J'ajoute, que dans la soirée du 5, l'enfant dont on a pu constater la vie par les battements du cœur, a été baptisé au moyen de la sonde d'Avrard conduite jusque sur la tête.

En pratiquant le toucher, on est désagréablement surpris de trouver l'orifice interne du col dont on a eu tant de peine à obtenir la dilatation incomplète, revenu sur lui-même, dur, résistant et cela malgré l'emploi de la belladone et du bain prolongé. Il est impossible.

tout d'abord, de sentir aucune partie fœtale. En introduisant la main entière dans le vagin et le col, on constate un changement dans la présentation. La tête a glissé à gauche, a disparu et nous avons une présentation de l'épaule droite, dos en avant. Un de mes collègues, M. Desplats, veut bien se joindre à moi et, malgré tous nos efforts, après plus d'une heure de travail, il est impossible d'obtenir une dilatation suffisante pour faire pénétrer la main et atteindre un pied. Epuisés, nous devons céder la place à plusieurs élèves qui agissent d'après nos indications, quand enfin, à la suite de tous ces efforts successifs, l'interne du service, M. Giamboni, réunissant la manœuvre externe avec la pression à l'intérieur sur le tronc avec l'extrémité des doigts, fait remonter la tête et saisit le pied gauche qui est amené à l'extérieur.

Mais, tout n'était pas terminé et nous redoutions avec raison la sortie du tronc et de la tête. En effet, la jambe étant au dehors, en arrivant à la racine du membre, le col qui l'avait suivi était tellement appliqué sur la partie fœtale qu'il fallut les plus grandes précautions pour repousser les lèvres en arrière et éviter les tractions trop énergiques. Au moment du dégagement du second membre inférieur, avant le passage du bassin, un craquement se fit sentir ; il y avait déchirure de la portion sus-vaginale du col. A partir de ce moment, le corps et la tête sortirent avec la plus grande facilité. Heureusement, elle n'avait porté (c'est du moins ce que nous crûmes constater) longitudinalement à droite dans une étendue de 5 à 6 centimètres de haut en bas, à partir de l'orifice interne du col, que sur une partie de son épaisseur. Il n'y avait pas de pénétration dans l'abdomen.

La délivrance fut des plus faciles et la femme s'éveilla après une heure et demie de profond sommeil, n'ayant eu nullement conscience de ce qui s'était passé. Écoulement sanguin peu abondant.

La journée qui suivit fut excellente : pouls 108 ; température 38 ; sensibilité de la partie inférieure de l'abdomen.

8 février, vomissements répétés ; météorisme.

9 février, plus de vomissements ; ventre très-ballonné ; douleur au-dessus du pubis s'étendant en travers à la hauteur de 4 doigts.

10 février, les accidents à partir de ce jour prennent une marche

quelles on a dû se livrer et qui ont abouti à la mort. Cette opération fut ma première pensée et la même idée me poursuivit pendant tout le travail; mais il était trop tard. La vie de l'enfant était compromise et, plus tard, la disparition des battements du cœur donnait la certitude presque absolue de sa mort. La mère avait déjà subi un travail de plusieurs heures, non sans traumatisme des parties génitales. Les conditions étaient donc tout à fait défavorables, et l'on n'aurait pas manqué, en cas d'insuccès pour la mère, d'attribuer à l'hystérotomie, ainsi que cela est arrivé bien souvent, une mort imputable aux fâcheuses dispositions créées par un travail antérieur.

Je cédai, dans ce cas, à l'opinion peut-être répandue parmi mes confrères depuis mes deux opérations césariennes, que je suis un partisan exagéré de l'hystérotomie, dont je ne me dissimule pas les dangers. Je résistai à mon propre sentiment; et pourtant, en y réfléchissant bien, en voyant ce qui s'est passé, après comme avant je reste convaincu que la section césarienne, en sauvant l'enfant, qui, à la vérité, put être baptisé, aurait eu aussi bien des chances de sauver la mère.

L'autopsie très-importante pour la solution de plusieurs questions, a montré :

1° Une dilatation extrême de l'estomac, du colon transverse et de la plus grande partie de l'intestin grêle;

2° Une péritonite avec épanchement séreux plus prononcé à gauche qu'à droite;

3° De la suppuration dans les sinus utérins du côté gauche et dans le ligament large du même côté, des traînées purulentes à la face postérieure de l'utérus sous le péritoine, allant de gauche à droite et aboutissant de ce côté à une déchirure ne pénétrant pas dans l'abdomen, mais comprenant, comme on pût s'en assurer après l'incision de l'utérus sur la ligne médiane, presque toute l'épaisseur des tissus et de bas en haut la partie supérieure du vagin, tout le col et la partie inférieure du corps utérin; déchirure qui, ainsi que nous l'avons constaté pendant la vie, occupait la partie droite de ces organes et qui malgré la rétraction opérée pendant cinq jours mesurait encore 15 centimètres et avait dû, pendant la vie présenter une étendue de plus de 20 centimètres.

Mais le point le plus intéressant et le plus important, c'était la constatation de l'hypertrophie du col. Cet organe avait subi une diminution notable comme l'utérus. Il mesurait 6 à 7 centimètres en longueur et son tissu était dense, aussi épais que celui des parois utérines, extrêmement résistant, d'une épaisseur d'au moins 2 centimètres, *sans œdème*, ce qui est bon à signaler ; sans apparence de nodosités fibreuses ou cancéreuses, homogène, présentant encore à sa partie supérieure, quand on remettait les parties en place, un orifice plus rétréci qu'à la partie inférieure.

Nous avions donc bien eu à faire à un allongement hypertrophique du col survenu très-rapidement et non à un allongement œdémateux avec prolapsus tel que l'a décrit M. Guéniot, fait très-rare, à peine signalé dans la science et cause de dystocie des plus graves, des plus difficiles à vaincre ; faisant courir les plus grands dangers à la mère et à l'enfant et devant presque sûrement, amener la mort, capable de tromper le pratricien quand, même dans le cas qui nous occupe, les accouchements antérieurs ont été faciles et sans complications.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

DANGERS DE L'ERGOTINE.

M. Boissarie (de Sarlat) lit une note sur l'ergotine, ses inconvénients et ses dangers.

L'ergotine, qui rend des services importants dans les hémorrhagies quand nous avons besoin d'une action énergique immédiate, ne pourrait impunément, dans les affections de longue durée, être administrée même à petites doses, de façon à saturer lentement l'économie. L'ergotine aurait la propriété de s'accumuler, de s'emmagasiner dans l'économie, et de manifester à une échéance plus ou moins lointaine sa funeste influence par une explosion soudaine d'accidents graves. Suivant le précepte de Trousseau, donnez longtemps le poison par petites doses, vous aurez la gangrène d'emblée. Suit le récit d'une observation de gangrène spontanée du poumon.

HYSTÉRECTOMIE.

M. Queirel (de Marseille) présente une pièce anatomo-pathologique provenant d'une hystèrectomie faite avec succès. M. Queirel compte trois succès sur quatre opérations. Cette pièce est surtout intéressante en ce qu'elle jetet un jour particulier sur l'histoire des tumeurs utérines. L'auteur résume d'abord en quelques mots l'observation de cette malade : femme de cinquante ans, ménopause il y a cinq ans ; les deux dernières années, règles tous les vingt-cinq jours. Il y a deux ans, elle commença à souffrir du ventre ; au milieu du mois de novembre dernier, elle se trouvait dans l'état suivant : teinte cachectique de l'anémie utérine ; léger œdème des membres inférieurs ; pouls petit, fréquent; anorexie complète, quelquefois vomissements, du côté du ventre développement comparable à celui d'une grossesse à terme. On s'aperçoit qu'il existe une tumeur dure, sans fluctuation ni rénitence ; elle est globuleuse, mobile, et ne paraît pas adhérer aux parois abdominales. Elle rappelle, par sa forme, son volume et sa situation, un utérus gravide à terme. Le toucher vaginal fait sentir un cul un peu hypertrophié, mais libre au milieu de ses culs-de-sac. On sent cependant, à travers le vagin, le segment inférieur de l'utérus développé. Le toucher rectal vient ajouter un nouveau signe positif du côté de la tumeur dont on sent les bosselures de sa face postérieure, et négatif du côté de la plénitude de l'excavation. Celle-ci est complétement libre.

L'opération, pratiquée le 29 novembre, à l'aide de la méthode de Lister, ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est que le pédicule était fort large et que la section a été faite au niveau de l'union du corps et du col.

L'examen de la pièce, qui avait le volume d'une tête d'adulte, présentait en arrière de petites bosselures correspondant à la présence de petits fibromes.

La paroi antérieure constituait à elle seule la tumeur principale. En l'incisant, on trouve qu'elle est constituée par un énorme caillot sanguin, très-dur, qui remplit complétement une cavité formée aux dépens de la paroi antérieure.

Ainsi donc deux cavités, une dans la paroi antérieure de l'utérus, séparée de la vraie cavité utérine. La nature de cette tumeur n'est pas douteuse, elle rentre dans la classe des hématocèles se formant par épanchement dans l'interstice des fibres musculaires de la paroi utérine. Au point de vue du traitement, elle paraît contre-indiquer l'emploi de l'ergotine qui aurait pu amener une rupture soit de la portion antérieure de la paroi, d'où épanchement consécutif dans la cavité péritonéale, soit de la portion qui séparait cette cavité utérine, et alors communication avec l'air extérieur, suppuration longue et périlleuse, ou même sphacèle d'une partie du tissu utérin. Au lieu de cela, une opération réglée qui a débarrassé la malade radicalement. (Envoi à l'examen d'une commission.)

Séance du 13 *avril* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

Une lettre de M. Bonjean, pharmacien à Chambéry, relative à la communication de M. Boissarie sur les inconvénients et les dangers de l'ergotine. M. Bonjean témoigne son étonnement de cette communication, n'ayant, dit-il, jamais ouï parler jusqu'à ce jour des inconvénients et des dangers de l'ergotine.

M. Depaul dit qu'il a, pour sa part, constaté depuis longtemps un des inconvénients et des dangers de l'ergotine telle que M. Bonjean la prépare ; cet inconvénient et ce danger sont de n'avoir aucune action dans un grand nombre de cas. M. Depaul l'a employée comme beaucoup d'autres, mais il a été obligé bientôt d'y renoncer et de revenir à l'ergot de seigle qui, au moins, lui, n'est pas un médicament infidèle.

M. de Villiers fait une communication relative à un service d'allaitement artificiel à annexer à l'hospice des Enfants-Assistés, proposé par M. le Dr Thulié dans l'une des dernières séances du Conseil municipal.

Les conclusions de ce rapport, favorables à cet établissement, ont été votées par le Conseil. M. Thulié, faisant allusion à la réponse négative adressée en 1877 par l'Académie au ministre de l'agriculture et du commerce, au sujet d'une proposition semblable, a cru devoir critiquer la décision prise alors par l'Académie, et en des termes tels que M. Delpech, membre du Conseil municipal, a cru devoir les relever et défendre énergiquement l'Académie.

M. de Villiers propose donc d'adresser des remerciments à M. Delpech, et croit opportun de rappeler les faits tels qu'ils se sont passés.

M. de Villiers rappelle avec détail ces faits : en terminant, il dit que l'Académie, loin de négliger l'étude de l'allaitement artificiel, comme on l'en accuse, a mis cette question au concours d'hygiène de l'enfance. Elle a reçu déjà un grand nombre de travaux. Voici ce qui découle des faits observés.

1° L'allaitement artificiel pratiqué au sein de la famille, et avec toutes les précautions exigées, réussit souvent ;

2° L'allaitement artificiel pratiqué loin de la famille ne donne le plus souvent que des résultats médiocres et assez souvent fâcheux ;

3° Quant à l'allaitement artificiel pratiqué en grand, et dans les établissements hospitaliers, la plupart des auteurs le considèrent comme devant être une cause de la dépopulation infantile.

M. Jules Guérin fait observer qu'au sein de l'Académie se trouve une minorité, dont il fait partie, qui ne peut accepter sans protestation les termes du rapport de M. de Villiers. Il désire que l'on sache que ceux qui ont protesté lors de la discussion de 1877 protestent encore aujourd'hui. Il reste convaincu que l'allaitement artificiel finira, dans un temps donné, par primer tous les autres modes d'allaitement, excepté l'allaitement maternel, bien entendu.

L'opposition de l'Académie est, suivant lui, contraire à la science et à l'humanité ; il faut que l'on sache qu'il y a des hommes de science et de réflexion qui sont convaincus que c'est en vertu d'un préjugé inexplicable que l'Académie persiste à repousser l'allaitement artificiel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 février 1880.

PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

TAILLE DU FŒTUS PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

M. Hamy a essayé de faire disparaître la confusion qui règne parmi les auteurs, au sujet de la véritable taille du fœtus pendant les différentes périodes de la vie intra-utérine. La courbe dressée par M. Hamy, à l'aide de documents certains, est des plus intéressantes à connaître. Ainsi, depuis le moment de la conception jusqu'à l'âge de deux mois et demi, l'évolution de la taille se fait avec régularité ; c'est à deux mois et demi que l'embryon devient fœtus. A cet âge, la taille du fœtus commençant est de 22 millimètres.

De deux mois et demi à cinq mois la courbe est plus ascendante ; de cinq à neuf mois, elle devient plus régulière. Voici les résultats des mensurations de M. Hamy :

AGE	TAILLE
3 mois.	59 millimètres.
3 mois 1/2	95 —
4 —	138 —
5 —	256 —
6 —	314 —
7 —	380 —
8 —	416 —
9 —	485 —

M. Hamy a fait également des recherches sur les fœtus de race nègre. Ses observations à cet égard sont naturellement nombreuses. Néanmoins, il a pu constater que le fœtus de race nègre est en tout

temps plus petit que le fœtus de race blanche. Voici les chiffres approximatifs pour les nègres.

AGE	TAILLE
1 mois.	109 millimètres
5 —	201 —
6 —	250 —
7 —	265 —
8 —	365 —
9 —	420 —

Séance du 13 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

PRÉSENCE DE CILS VIBRATILES DANS LE PÉRITOINE DE LA GRENOUILLE A L'ÉPOQUE DE L'OVULATION.

MM. Mathias Duval et Wiet ont découvert la présence de cellules à cils vibratiles dans le péritoine de la grenouille, à certaines périodes. Ces cils vibratiles sont disposés par bandes. On en acquiert la preuve en répandant de la poussière de charbon sur le péritoine : on voit alors se produire des traînés qui indiquent un véritable balayage de la poussière vers l'ouverture des trompes. D'après M. Mathias Duval, ces cils vibratiles sont destinés à repousser les ovules vers les trompes; ils n'existent d'ailleurs que chez la femelle à l'époque du rut. On n'en trouve jamais trace dans le péritoine des grenouilles mâles. M. Duval suppose que, par analogie, il doit exister des cellules à cils vibratiles sur l'ovaire de la femme à l'époque de la menstruation. Si l'existence de ces cellules était bien démontrée on n'aurait plus besoin, pour expliquer l'entrée de l'ovule dans la trompe, d'invoquer la théorie de l'adaptation musculaire imaginée par M. Rouget.

M. Malassez déclare, à ce propos, qu'il a examiné au microscope un certain nombre de tumeurs de l'ovaire et des ligaments larges récemment extirpés. Or, dans quelques cas, il a trouvé de l'épithélium à cils vibratiles à la surface externe de la tumeur.

M. de Sinéty rappelle à son tour que les cils vibratiles n'existent

pas encore sur la muqueuse utérine de la petite fille. Les cils ne commencent à apparaître qu'à l'époque de la puberté.

DÉVELOPPEMENT PROPORTIONNEL DU NEZ PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

M. Hamy se livre en ce moment à des recherches actives pour établir le développement proportionnel des différentes parties du corps pendant la vie intra-utérine. Ses études sur le développement de la face lui ont permis de constater des faits intéressants. On sait que, d'après les proportions admises à l'Ecole des beaux-arts, on divise la tête de l'adulte, vue de profil, en quatre plans, de hauteur à peu près égale. Ces plans comprennent : 1° le cuir chevelu au-dessus du front; 2° le front ; 3° le nez ; 4° la bouche et le menton. Pendant la vie intra-utérine les proportions des différentes parties de la face changent sensiblement. M. Hamy se borne pour aujourd'hui à montrer la hauteur proportionnelle du nez aux diverses périodes.

Le nez est formé vers le 35° jour de la vie intra-utérine. A cette époque, il forme dans le profil une saillie de 1 millimètre de hauteur. La hauteur du nez ne représente alors qu'un dixième de la hauteur de la tête. Plus tard, la hauteur proportionnelle du nez augmente graduellement, ainsi qu'on peut le voir par le tableau suivant :

HAUTEUR DE LA TÊTE.	HAUTEUR DU NEZ.	RAPPORT.
28 millimètres	4 millimètres	7
34 —	5,5 —	6,1
43 —	7 —	6
44 —	8 —	5,5
54 —	10 —	5,8
64,5 —	13 —	4,9
A la naissance : 102 —	21 —	4,8

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

M. Lucas-Championnière, à l'occasion du procès-verbal, rappelle que le *bromure d'éthyle,* dont M. Terrillon a entretenu la société dans la dernière séance, a déjà été employé à l'étranger et particulièrement en Amérique.

C'est ainsi que dans le *New-York medical Record*, du 6 mars dernier, M. Lewis donne la relation d'une amputation de cuisse, dans laquelle cet agent a été employé comme anesthésique ; or, les choses ont très-bien marché, et le patient est resté pendant plus de trente-cinq minutes plongé dans un sommeil calme, d'où on l'a tiré avec la plus grande facilité.

Entre autres avantages, le bromure d'éthyle présente celui de provoquer plus rapidement l'anesthésie que le chloroforme et d'exposer moins aux vomissements.

M. Périer dit que, depuis la communication de M. Terrillon, il s'est servi plusieurs fois du bromure d'éthyle comme anesthésique local, et cela avec le plus grand succès. Le bromure d'éthyle présente sur l'éther l'avantage de ne pas être inflammable, ce qui permet de faire sans danger des cautérisations sur les parties anesthésiées.

M. Trélat insiste sur la nécessité de distinguer dans l'étude de ce produit entre ses effets anesthésiques locaux et ses effets généraux.

M. Guéniot fait un rapport sur un travail de M. Eustache, de Lille, ayant pour titre : *Amputation du col de l'utérus par le thermo-cautère.* Il s'agissait d'un cas d'allongement hypertrophique. La section, faite avec le thermo-cautère,fut des plus pénibles,et le chirurgien dut s'y reprendre à sept reprises différentes à cause de l'épaisseur de la fumée qui l'empêchait de voir ce qu'il faisait. Aussi M. Eustache propose-t-il de rejeter absolument l'emploi du thermo-

cautère dans ce genre d'opération. M. Guéniot partage cette manière de voir et pense que l'écraseur est de tous points préférable.

M. Trélat dit que l'anse galvano-caustique pourra aussi rendre des services. Quant au thermo-cautère, il est absolument mauvais dans les opérations qui intéressent le col utérin.

M. Desprès rejette également le thermo-cautère dans les opérations qui intéressent la bouche ou le vagin. L'anse galvano-caustique lui paraît même être préférable à l'écraseur.

M. Lucas-Championnière trouve M. Trélat bien sévère et bien absolu. Quant à lui, il a tout récemment fait pour son propre compte une amputation du col, en se servant des ciseaux du thermo-cautère.

M. Trélat répond que les ciseaux du thermo-cautère, dont il a été d'ailleurs l'un des inspirateurs, constituent un instrument bien volumineux et d'une manœuvre difficile pour le cas particulier.

M. Sée dit s'être servi du thermo-cautère dans le vagin et dans la bouche, sans avoir jamais été arrêté par la fumée. Toutefois, pour certaines opérations, l'anse galvano-caustique est préférable et offre en tous cas plus d'avantages que l'écraseur dont l'application est difficile. Cependant, lorsqu'on veut éviter un rétrécissement cicatriciel du col, c'est encore le bistouri qui offre le plus de sécurité.

M. Perrin est d'avis que c'est peut-être dans les opérations portant sur le cavité buccale que le thermo-cautère est le plus avantageux.

M. Le Dentu dit que l'instrument tranchant peut donner lieu quelquefois à des hémorrhagies graves. Dans une opération de ce genre où il s'était servi de ciseaux, M. Le Dentu a eu toutes les peines du monde à arrêter l'écoulement sanguin ; il a eu à peine le temps de terminer la section et à dû tamponner le vagin. Avec l'anse galvano-caustique on n'a pas à redouter de complications semblables.

M. Guéniot, dans une courte réponse, résume le débat et croit pouvoir affirmer que les rétrécissements du col sont très-rares, quel que soit d'ailleurs le procédé employé.

M. Trélat dit qu'il convient d'insister particulièrement sur ce fait que les membres de la Société de chirurgie sont d'accord sur la valeur des procédés hémostatiques dans l'ablation du col utérin.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

Séance du 7 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

BROMURE D'ÉTHYLE.

M. Berger. Un malade du service de M. Gosselin a été endormi par le bromure d'éthyle ; il y a eu des phénomènes asphyxiques inquiétants, teint violacé, cyanose, pupille dilatée ; le sang qui s'échappait de la plaie était noir. En outre, l'anesthésie n'a pas été complète.

HYSTÉROMÈTRE.

M. Terrillon présente un hystéro-curvimètre construit sur ses indications par MM. Mathieu fils. Cet instrument se compose d'une tige rigide et graduée ou d'une patte formant manche afin qu'elle puisse facilement être tenue à la main. Elle porte un cadran qui présente un certain nombre de divisions et autour duquel tourne une aiguille mobile. A l'autre extrémité de la tige se trouve fixée une partie flexible enveloppée par une membrane de caoutchouc. La flexion de cette pièce peut se faire en deux sens opposés ; elle se traduit instantanément par mouvement correspondant de l'aiguille qui indique à la fois le degré et la direction. Enfin un curseur, formé d'une tige creuse, peut glisser le long de la partie flexible, tandis qu'une échelle graduée, placée sur la tige principale, permet d'apprécier la quantité dont il se déplace, c'est-à-dire la longueur de la tige flexible

$\frac{1}{3}$

engagée ou introduite. Grâce à une petite vis de pression, on peut fixer le curseur en un point quelconque de sa course.

Cet instrument a pour but de mesurer la longueur de la cavité utérine, en même temps que d'indiquer la courbure de cet organe (anté- ou rétroflexion). L'instrument est introduit de la façon suivante : le curseur étant mobilisé, on place l'extrémité de la partie mobile devant l'orifice utérin. Une impulsion légère suffit pour introduire l'instrument qui, en vertu de sa flexibilité, s'introduit facilement jusqu'au fond de la cavité sans produire de désordre.

S'il y a une flexion, on voit l'aiguille se dévier dans un sens qui indique celui de la flexion et s'arrêter sur une division du cadran. Cette division est notée avec soin. On fixe alors le curseur au moyen de la vis au point où il est arrivé lorsque la tige mobile a atteint le fond de l'utérus. L'instrument est alors retiré. On lit d'abord sur les divisions de la tige la longueur de la cavité. Puis, le curseur restant toujours en place, il suffit de faire décrire à l'extrémité de la tige une courbe telle que l'aiguille arrive au point où elle s'était arrêtée pour avoir la figure de la courbure de la cavité. Le sens dans lequel l'aiguille s'était déviée indique le sens de la déviation utérine. On peut trouver également la latéroflexion en inclinant l'instrument dans le sens latéral.

Le principe de cet instrument peut être utilisé pour rechercher la direction de certains trajets courbes.

La séance est levée.

REVUE DE LA PRESSE

ANTÉVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS, AVEC HERNIE UTÉRINE VENTRALE.

Le Dr Fischer, de Marion, Ohio (États-Unis), rend compte de ce cas, le seul de ce genre, dit-il, qu'il ait vu dans sa longue pratique de

quarante-quatre ans. Le 21 juin dernier, il fut appelé près d'une de ses clientes, qu'il avait assistée dans ses couches précédentes et qui était pour la quatrième fois en travail d'enfant. Dès le premier accouchement, il avait remarqué un grand relâchement des muscles abdominaux, et comme, à chaque nouvelle grossesse, cette tendance s'était accrue, au point qu'à la dernière l'abdomen était pendant, il l'avait avertie de l'imprudence qu'il y aurait pour elle à devenir enceinte de nouveau.

Quand il arriva, il trouva une énorme tumeur qui, partant de l'abdomen, occupait tout l'espace entre les jambes de la malade et descendait jusqu'à ses genoux. Après l'avoir chloroformisée, il examina le caractère de la tumeur et reconnut une complète antéversion de l'utérus, accompagnée d'une hernie utérine ventrale, en sorte que l'utérus ne semblait couvert que par une peau mince comme du papier. C'était évidemment une de ces ruptures ventrales, qui ont été particulièrement décrites par les chirurgiens allemands, et dans lesquelles la paroi abdominale cède en formant une tumeur d'une grande étendue. Comme il était impossible de soulever suffisamment cette tumeur pour permettre de placer un bandage, il craignit un moment de se voir obligé de recourir à l'opération césarienne ; mais, avant d'en venir à cette extrémité, il résolut de faire quelques tentatives. Il ordonna à ses aides de soulever la tumeur au moyen d'une serviette de toile solide, puis il réussit à introduire la main dans le vagin, et, après beaucoup d'efforts et d'accidents divers qu'il raconte en détail, il finit par toucher la tête du fœtus, sans pouvoir, ni par la pression exercée sur l'abdomen, ni autrement, la faire avancer. Comme il y avait six heures que la femme était sous l'influence du chloroforme, il était urgent de prendre un parti. Il résolut donc de recourir au forceps anglais, après avoir administré à la malade quarante gouttes de l'extrait liquide d'ergot de Wyeth. Ce moyen lui réussit et l'accouchement eut lieu. L'enfant, probablement par suite de quelque lésion de la moelle épinière résultant des péripéties d'un accouchement si laborieux, fut pris de spasmes et mourut de ces spasmes deux heures après. La mère guérit assez promptement et à la date du 8 août, six ou sept semaines après l'accouchement, elle pouvait, grâce au support abdominal de Forter, se lever et vaquer à ses occupations domestiques.

(*The Ohio medical Recorder*, octobre 1879, et *Mouv. médic.*)

LEUCORRHÉE CHEZ LES ENFANTS PAR SUITE D'IRRITATION DU RECTUM.

(New-York Médical Record.)

Le Dr M. F. Otis, dans une leçon clinique sur la gonorrhée, appelle l'attention des praticiens sur la leucorrhée infantile. Une cause, dit-il, d'une inflammation des membranes muqueuses qui ne diffère pas au point de vue pratique de la gonorrhée, est la leucorrhée infantile. Elle est reconnue par toutes les autorités comme une maladie contagieuse. Elle peut se communiquer aux autres enfants par les éponges, les essuies-mains, etc., communs. Il survient souvent dans le cours de la maladie une ophthalmie blennhorrhagique.

Cette forme de leucorrhée est occasionnée, comme on le croit généralement par l'irritation du rectum. On l'a attribuée aussi à la dentition, mais quelle qu'en soit la cause, il s'établit dans le vagin de l'enfant une inflammation qui produit une suppuration qu'on ne peut distinguer de la suppuration blennorrhagique et qui peut communiquer une affection identique à elle-même.

M. Otis rapporte le cas d'une leucorrhée, avec inflammation considérable des parties génitales, chez une petite fille de dix ans, qui avait été occasionnée par la présence d'une grande quantité de petits ascarides dans le rectum. Les cas de ce genre ne sont pas rares.

ARRACHEMENT TOTAL DE L'UTÉRUS PAR UNE SAGE-FEMME.

Il est impossible de s'expliquer comment cette sage-femme a pu mener à bout cet acte de véritable barbarie; mais le fait est que le soi-disant reste de placenta, mis entre les mains du médecin, le Dr Schwartz, se trouve être l'utérus. Les ligaments, ainsi que les ovaires et les trompes, étaient restés dans l'abdomen. L'utérus est conservé à Halle. La femme guérit en quinze jours et a joui depuis lors d'une parfaite santé. Les désirs vénériens existent encore, quoique moins prononcés, et le coït est accompagné de sensations moins voluptueuses.

(Archiv für Gynæk.)

BULBES TERMINAUX DU CLITORIS CHEZ LA FEMME.

Axel Key et G. Retzius.

Ce sont des corpuscules de volume et de forme variables ; ils siègent en partie dans le réseau muqueux de Malpighi qui entoure les papilles, en partie dans le derme. Une capsule formée de plusieurs couches conjonctives nucléées les entourent. Les corpuscules, surtout les plus volumineux, présentent des étranglements plus ou moins prononcés. Chaque corpuscule reçoit d'une à trois fibres nerveuses médullaires qui décrivent des enroulements autour de lui ; les étranglements qui entourent le corpuscule sont le siège de prédilection de ces enroulements. Les fibres nerveuses finissent par perdre leur gaîne médullaire et pénètrent dans le bulbe terminal. Ce dernier consiste en une substance légèrement granuleuse, renfermant des granulations plus fortement réfringentes d'où partent souvent, dans différentes directions, de fines fibrilles. Dans cette substance granuleuse, on ne découvre ni noyaux, ni autres éléments fermés. Key et Retzius n'ont pu constater directement la continuité des fibres nerveuses avec cette substance ; mais d'après eux, il est plus que probable que cette dernière représente la continuation des premières et que ces fibrilles brillantes y renfermées correspondent aux fibrilles du cylindre axile qui se terminent dans cette substance. Ils n'ont pas trouvé de véritables bourgeons terminaux, comparables à ceux du lapin, de sorte que, sous ce rapport, les bulbes de l'homme diffèrent de ceux de ce rongeur. Ils constatent par contre une ressemblance toute spéciale avec les corpuscules du tact de Meissner.

(*Bulletin soc. med. de Gand.*)

RECHERCHES SUR LA CAUSE DU SOUFFLE UTÉRO-PLACENTAIRE.

M. Verardini, qui a imaginé un stéthoscope intra-vaginal, perfectionnement du stéthoscope de Pauche, publie un certain nombre de cas, dont quelques-uns très-intéressants, dans lesquels l'auscul-

tation intra-vaginale du segment inférieur de l'utérus a permis de très-bonne heure de constater le souffle utérin et de baser sur cette constatation le diagnostic de la grossesse. M. Verardini appelle le bruit de souffle *utéro-placentaire*, et s'efforce de démontrer qu'il mérite cette désignation. Toute la question est là, en effet. Si la présence de souffle exige celle d'un placenta, elle constitue un signe certain de grossesse. Mais il faut dire que les partisans du bruit *placentaire* deviennent de plus en plus rares, et les observations récentes de Roller, Rapin, Maggia, Budin, paraissent démontrer irréfutablement que le souffle a lieu dans les vaisseaux *utérins*.

Dès lors les observations de l'auteur constituent des recherches intéressantes, curieuses, mais sans portée pratique capitale; un signe probable, mais non certain de grossesse est rendu appréciable plus tôt que par la méthode ordinaire, voilà tout.

Il serait peut-être plus intéressant pour les gynécologues que pour les accoucheurs proprement dits de continuer les expériences, et de rechercher si l'auscultation intra-vaginale ne peut pas rendre des services dans les cas de tumeurs pelviennes compliquées de grossesse au début.

Il y avait lieu tout d'abord de vérifier l'exactitude d'une assertion importante de l'auteur, à savoir que le souffle de la grossesse présente un caractère distinctif de celui qu'on peut percevoir dans le cas de tumeurs fibreuses, utérines, ovariques, etc. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ.

(Extrait d'une clinique de M. le professeur VERNEUIL.)

DANS QUELLES CONDITIONS PEUT-ON PRATIQUER UNE OPÉRATION CHEZ UNE FEMME QUI ALLAITE.

C'est une question encore controversée que celle de savoir dans quelles conditions on peut pratiquer une opération chez une femme qui allaite; car une femme dans ce cas, sans être une malade, est comme la femme enceinte, dans un état non physiologique, puisque chez elle le foie est gras, et qu'il y a tendance à la glycosurie ; une légère exagération dans cet état qui est normal chez elle, suffirait à

constituer un état pathologique. Chez une malade de son service M. Verneuil se proposait d'enlever une petite tumeur de la mâchoire, parce que le mal faisant des progrès rapides, il y avait avantage à l'enlever le plus tôt possible. Le point important dans ces conditions, est de savoir ce que deviendra la lactation, car il n'est pas indifférent de la voir se supprimer brusquement. M. Verneuil pense que malgré l'exagération donnée aux résultats de cette suppression par le vulgaire, on peut avoir des craintes à ce sujet, et pour sa part, il a eu autrefois à opérer une nourrice qui dut suspendre l'allaitement et mourut d'un érysipèle ; aussi a-t-il toujours refusé depuis, d'opérer dans ces conditions. Mais, aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, la fièvre traumatique étant supprimée, et les manifestations locales beaucoup moins à craindre, M. Verneuil ne pense pas devoir garder la même réserve, et estime que dans les cas urgents, l'opération est beaucoup moins à redouter.

(*Journal de Médecine pratique.*)

FAUT-IL DONNER LE LAIT D'UNE SEULE ET MÊME VACHE DANS L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL, PAR M. J. GRANGE.

On pose souvent au médecin cette question : Est-il indifférent de donner à l'enfant le lait provenant d'une seule vache et ne donner que celui-là, ou bien peut-on prendre le lait de la traite de plusieurs vaches, tel en un mot que le fournit le commerce ?

C'est une question controversée. Les partisans du dernier mode d'agir s'appuyent sur le raisonnement suivant : supposons, disent-ils, un établissement contenant dix vaches. Si l'on prend le lait d'une seule vache et si cette vache est tuberculeuse, l'enfant ne prendra que du lait de vache tuberculeuse, tandis que si on lui donnait du lait fourni par la traite de dix vaches, l'enfant n'absorbera qu'un dixième de lait regardé comme nuisible, c'est-à-dire dont la nocuité serait atténuée. J'avoue franchement que c'était autrefois ma manière de voir, mais devant l'expérience j'ai été bien obligé d'agir autrement.

D'abord, parce que rien ne prouve que le lait d'une vache tuberculeuse soit capable de transmettre la tuberculose et qu'il n'y a

aucune raison pour croire à la possibilité de cette transmission alors qu'il est bien prouvé que le virus syphilitique n'est pas transmissible par le lait.

Ensuite, parce que si le lait de telle ou telle vache est bien supporté, il y a tout intérêt à en continuer l'emploi ; et qu'enfin on peut choisir un autre animal, si le lait essayé est au contraire d'une digestion difficile et cause d'accidents comme vomissements et diarrhée. Nous avons souvent vu des enfants qui vomissaient le lait, de quelque façon qu'on s'y prît pour le faire supporter ; il suffisait dans ces cas de changer la provenance du lait pour voir cesser les accidents.

Le lait a une saveur spéciale, quelquefois désagréable et que l'on pourrait appeler l'*odeur de la bête*, car cette saveur spéciale n'est pas toujours causée par la nature de l'alimentation. Dans un lot de vaches nourries de la même manière, on peut reconnaître le lait de telle ou telle vache, au goût, comme je m'en suis assuré.

Cette saveur désagréable se trouve souvent dans le lait de ces grandes vaches hollandaises que les éleveurs préfèrent parce qu'elles donnent beaucoup de lait. On devra leur préférer les petites vaches bretonnes. Quoi qu'il en soit, on devra donc de préférence donner le lait de la même vache.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

SUR L'USAGE ET L'ABUS DES PESSAIRES, M. G. G.

Bantock a publié sous ce titre, à Londres, une petite brochure, plaidoyer en faveur des pessaires que nous avons aujourd'hui une tendance réelle à abandonner. M. Bantock les applique aux versions, surtout à la rétroversion. Il redresse l'utérus avec une sonde, et place un pessaire de Hodge, sorte d'anneau en caoutchouc durci ou en métal dont un côté est très-relevé pour s'enfoncer dans le cul-de-sac postérieur, tandis que l'autre perpendiculaire au premier, passe au-dessous du col pour prendre son point d'appui sur la paroi antérieure du bassin. Il faut, selon lui, pour que la femme bénéficie de l'application de ce pessaire, qu'elle se trouve bien immédiatement après. Dans la plupart des cas, l'engorgement de l'utérus cède au redressement de l'organe. Le sentiment si commun de la pesanteur

au périnée disparaît. Dans la plupart des cas, le pessaire doit être un remède temporaire. Les femmes l'ont porté six, dix mois et plus, mais l'ont quitté ensuite pour rester guéries sans le remettre.

Il ne faut pas chercher à appliquer le même et simple traitement aux flexions justiciables d'une intervention beaucoup plus compliquée.

M. Bantock ne conseille pas l'usage des pessaires de caoutchouc durcis que l'on ne peut déformer à volonté. Ceux qu'il conseille sont les pessaires en étain qui sont légers, se déforment à volonté et ne produisent pas d'irritation. On a l'avantage, aussitôt que le pessaire a causé quelque petite ulcération, de s'en apercevoir sans retirer l'instrument, à une tache blanche formée sur la surface.

(*Journal de médecine et chirurgie pratiques.*)

REVUE DE THÉRAPEUTQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DU VAGINISME.

Le Dr Girerd publie dans *l'Abeille médicale*, nov. 1879, une observation de vaginisme ou hypéresthésie vulvaire dans laquelle on a vu réussir : 1° le bromure de potassium à 2 grammes par jour, 2° le sulfate de quinine en raison de quelques accès de fièvre intermittente et 3° un liniment d'huile de jusquiame, 60 grammes et 15 grammes de chloroforme. Le traitement a duré dix jours.

« Comme dans beaucoup de circonstances, le vaginisme dépend d'une fissure vulvaire, je le traite par des suppositoires de ratanhia.

Beurre de cacao........................	3	grammes.
Extrait de ratanhia......................	2	—

Cette médication m'a plusieurs fois très-bien réussi. »

FISTULE URÉTHRO-UTÉRINE GUÉRIE PAR L'EXTIRPATION DU REIN.

A la clinique d'Erlangen, en 1876, une femme de vingt-neuf ans qui avait cette infirmité, et qui urinait par l'utérus, fut guérie par Zweifel au moyen de l'extirpation du rein ou *néphrectomie*. Sur huit opérations de ce genre faites pour diverses causes, il y a eu trois succès. (*Archiv. für gynaek*, t. XV.) (*Paris méd.*)

GUÉRISON D'UN CAS DE VAGINISME (?) PAR EXCISION DES DÉBRIS DE LA MEMBRANE HYMEN.

Par le docteur MEILHAC.

Jeune femme, dix-huit ans, paysanne trapue et colorée, mariée à un jeune homme de vingt-cinq ans depuis trois mois. Elle est d'un caractère doux, sans antécédents nerveux, sans prédisposition hystérique, et la famille de son mari lui montre beaucoup d'affection à cause de ses bonnes qualités. Après quelques jours de mariage, elle a ressenti des douleurs vulvaires, qui font sa maladie présente. Ce sont des élancements qui, partis de la vulve, parcourent la face interne des cuisses, l'aine, la région anale. La malade les compare à des pointes de feu qui la tourmenteraient pendant une demi-heure, cesseraient, puis recommenceraient. Ces crises ont lieu tous les soirs. La miction n'est pas douloureuse ; les règles ne sont pas revenues depuis trois mois.

Je suis témoin d'une de ces crises ; la malade change de figure, se lève brusquement, car elle ne peut alors rester ni assise, ni couchée, il faut qu'elle marche, les bras croisés sur le ventre, la tête courbée. Cela cesse, puis recommence de demi-heure en demi-heure jusqu'à la nuit.

L'examen au spéculum est moins douloureux que je ne le craignais et n'apprend rien : mais à l'entrée, j'aperçois les lambeaux de la membrane très-rouges. Deux de ces débris sont plus grands que les autres ; de forme triangulaire, ils portent à leur pointe flottante trois à quatre granulations ou petites végétations de la grosseur d'un grain de chénevis. Ces débris de l'hymen sont douloureux et l'attou-

chement de leur extrémité fait pousser des cris à la malade et menace de provoquer le retour d'une crise nerveuse.

C'est la cause du mal et je propose l'excision de ces lambeaux. Il faut craindre cependant que la névralgie vulvaire n'ait prédisposé la malade à une fausse couche, et elle pourrait attribuer à l'excision cette funeste terminaison de sa première grossesse.

J'expose ces raisons au mari, à la belle-mère, à la jeune femme : ils préfèrent attendre. Le caractère périodique de la douleur me fait prescrire du sulfate de quinine, puis du bromure de potassium ; tout cela est inutile, je ne revois plus la malade.

Cinq mois après, la malade me revient, mais bien changée : pâle, maigre, anémique, la figure couverte d'éphélides, le front ridé. Un autre médecin a repris pour elle le traitement par le quinine et par le bromure. En trente jours, elle a consommé 20 grammes de sulfate de quinine, puis du chloroforme, tous les bromures, etc. En plus, elle a subi une quarantaine d'injections hypodermiques de morphine, d'atropine à la vulve, dans l'aine. Le tout, sans bon résultat.

Elle a eu une fausse couche à la fin du quatrième mois, très-alarmante par l'hémorrhagie. Les douleurs nerveuses persistent, toujours les mêmes et à la même heure.

La malade me demande la petite opération que je lui ai proposée. Je trouve les lambeaux de l'hymen dans le même état, je les enlève avec les ciseaux et je mets un grumeau de caustique de Vienne sur les petites plaies.

Le lendemain et le surlendemain de la petite opération, il y eut encore quelques crises de douleurs névralgiques et ce fut fini. La malade ne souffrit plus, eut une seconde grossesse qui arriva au terme le plus désiré d'elle, à la naissance d'un enfant bien portant à l'heure présente. (*Paris méd.*).

TRAITEMENT DES ÉROSIONS DU MAMELON.

Le Dr Haussmann, dont nous trouvons la pratique dans la *Revue des sciences médicales*, publie deux observations démontrant les bons effets des compresses phéniquées sur les gerçures des mamelons des femmes qui allaitent. Il emploie dans ce but une solution à 5 pour 100.

De son côté, le Dr Bernhardi a eu recours une fois, avec grand profit, à une pommade phéniquée (0,5 pour 10).

Dans le service d'accouchements de la Charité de Berlin, on a expérimenté sur une vaste échelle la médication recommandée par M. Haussmann. Le Dr Steiner a résumé sous forme de tableau les éléments principaux des observations de quarante accouchées qui ont été traitées avantageusement de cette façon.

Le mode d'administration est d'ailleurs différent ; les compresses ont été remplacées par des badigeonnages au moyen d'un pinceau.

Le Dr Haussmann maintient contre Bernhardi et Steiner la supériorité des compresses phéniquées à la fois sur la pommade et sur les applications avec un pinceau ; il les juge seules aptes à produire une désinfection permanente des fissures, résultat qu'il n'estime pas moins important que la cicatrisation des excoriations.

Le Dr Brochard prévient celles-ci par des lotions de rhum tannique et il les guérit en quarante-huit heures par l'application de la poudre de liège, par-dessus laquelle on met un morceau de baudruche taillé en croix et percé d'une vingtaine de trous d'épingle au point qui coiffe le sommet du mamelon ; on en assure l'adhérence par une couche de collodion étendue sur les branches de la croix de baudruche. (*Fr.méd.*)

POUR FAIRE PASSER LE LAIT.

Le Dr Haussmann recommande la tisane de menthe ; 1 gr. de camphre en 10 pilules prises dans le cours de la journée ; des lotions sur les seins avec l'eau-de-vie camphrée (*Fr. méd.*)

ÉPITHÉLIOMA DU VAGIN.

M. Chéron recommande les injections suivantes :

Eau	200 grammes.
Chlorate de potasse	10 grammes.
Laudanum de Sydenham	5

Mêlez.

l'eczéma et de l'intertrigo, si fréquemment observés chez les femmes herpétiques, principalement à la vulve.

SOLUTION DE PHÉNATE DE SOUDE POUR LOTIONS CALMANTES DU PRURIT DANS L'ECZÉMA, LE PRURIGO ET LE PRURIT DES PARTIES GÉNITALES.

M. le Dr Delaporte nous communique en même temps la formule suivante qu'il a beaucoup employée pour lotions dans les affections prurigineuses et en particulier pour le prurit des parties génitales si difficile à faire disparaître.

Eau	300	grammes.
Glycérine neutre.	100	—
Eau de Cologne	75	—
Phénate de soude	25	—

Les lotions doivent être répétées toutes les fois qu'il y a exaspération de la démangeaison et particulièrement le soir au moment du coucher. Elles seront faites froides, ou mieux tièdes avec une éponge fine imbibée de la solution. Elles peuvent être avantageusement associées à la pommade à l'acide borique dans le traitement de l'eczéma.

INJECTION ANTILEUCORRHÉIQUE (DELIOUX).

Feuilles de myrte	15 à 50	grammes.
Eau bouillante	1000	—

Ou bien :

Myrtilles (baies de myrte).	15 à 30	grammes
Eau bouillante.	1000	—

Faites infuser. Ces infusions sont utiles en injections ou en irrigations pour combattre la leucorrhée vaginale. Elles agissent comme astringentes et anticatarrhales, calment souvent les douleurs qui

coïncident avec la leucorrhée, et remédient aux relâchements et aux prolapsus qui compliquent les flux muqueux et purulents du vagin et de l'utérus. Elles sont également efficaces pour raffermir les parties génitales après les accouchements laborieux. Elles peuvent être utilisées en injections contre l'uréthrite chez l'homme, et contre la vaginite chez la femme. (*Union médicale.*)

INJECTIONS URÉTHRALES DE CHLORAL DANS LA BLENNORRHAGIE.

Dans le *Bulletin de thérapeutique* le Dr Pasqua donne la formule suivante d'une injection qu'il a employée avec succès dans la blennorrhagie aiguë :

Hydrate de chloral	1,50 gramme.
Eau de roses	1,20 —

Deux injections par jour lui ont paru suffisantes. Elles produisent d'abord une légère cuisson, une sensation de picotement que remplace rapidement en deux ou trois minutes un sentiment d'agréable fraîcheur.

A partir du troisième ou quatrième jour du traitement, les envies d'uriner deviennent moins fréquentes et moins douloureuses, l'écoulement, tout en diminuant, devient plus clair et limpide.

Ce moyen nous a été utile dans quelques cas d'uréthrite chez la femme. (J. CH.)

GERÇURES DU MAMELON (Dr BROCHARD).

On les prévient par les lotions de rhum tannique et on les guérit en quarante-huit heures par l'application de la poudre de liège, pardessus laquelle on met un morceau de baudruche taillé en croix et percé d'une vingtaine de trous d'épingle au point qui coiffe le sommet du mamelon ; on en assure l'adhérence par une couche de collodion étendue sur les branches de la croix de baudruche.

DES APPLICATIONS DE GLACE DANS L'INFLAMMATIOM MAMMAIRE (BROWNE).

Dans tous les cas d'inflammation mammaire qui surviennent soit après la parturition, soit pendant la lactation, le Dr Langley Browne applique des vessies remplies de glace pilée sur la glande enflammée. La femme les maintient en place de deux à cinq jours et ne les enlève qu'au moment de présenter le sein à l'enfant. Si elle ne nourrit point et que la mamelle soit gorgée de lait, elle doit en soutirer une petite quantité à l'aide d'une pompe. Sous l'influence de la glace, la douleur diminue immédiatement ; la température s'abaisse dans l'espace de quelques heures, et on réussit le plus souvent à prévenir la suppuration. La glace n'est pas contre-indiquée quand la peau est rouge et œdémateuse.

UNE NOUVELLE APPLICATION DES BROMURES DANS LE TRAVAIL DE LA DENTITION.

Par Henry WEBER, chirurgien-dentiste.

Les bromures ont donné lieu, pendant ces dernières années, à une série d'expériences intéressantes, faites sur l'organisme sain et malade de l'homme et sur l'animal.

Ces expériences ont donné les résultats suivants :

Le bromure de potassium, en solution concentrée, est absorbé très-rapidement par toutes les muqueuses sans se décomposer, et son élimination commence déjà un quart d'heure après son ingestion (Voisin, Bing, Rossbach). Cette propriété, jointe à son effet local, doit avoir des conséquences pratiques d'une haute valeur. En effet, les muqueuses deviennent tellement insensibles qu'elles supportent l'opération par le couteau, sans lui adjoindre d'autres anesthésiques ; c'est ainsi que Rossbach cite plusieurs cas d'extirpation de polypes laryngiens à l'aide du couteau, sans aucun autre préparatif, et que Woillez fut un des premiers qui s'en soit servi avec succès, sous forme de badigeon, contre la toux incoercible des phthisiques.

Depuis plusieurs années je me sers des propriétés merveilleuses des solutions bromurées dans mes opérations buccales, soit pour prendre l'empreinte du palais et de la voûte palatine aux personnes qui ne supportent aucun corps étranger dans la bouche sans vomir, soit pour couper les abcès, les excroissances de la gencive, etc., etc.

Cette action de la solution bromurée sur les gencives m'a suggéré l'idée de l'essayer dans la dentition des enfants, essais qui ont abouti à un succès complet. Dans ce but, j'ai expérimenté avec les solutions de différents sels de bromure, et je me suis arrêté à une solution de *bromures combinés.*

Pour les praticiens, la combinaison des bromures est en solution, toute prête pour l'usage. Elle a la consistance du miel, est d'un goût agréable et est appelée par moi *Miel de dentition.* Elle est employée à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Bouchut, par M. Godleski et d'autres médecins, avec succès.

Je ne crois pas devoir insister sur les avantages de mon Miel de dentition, lequel, *agissant localement, par absorption rapide et directe par les gencives*, surpasse les médicaments préconisés jusqu'à ce jour contre la dentition, et peut être laissé sans crainte entre les mains de la mère de famille.

A côté de son *action locale et directe* se place son action générale, indirecte, hypnotique par excellence, précieuse pour prévenir les suites de l'ébranlement du système nerveux. (Voir : *Convulsions*, *Méningites*, etc.) (*Paris méd.*)

DU TRAITEMENT DU CANCER DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME PAR UNE NOUVELLE MÉTHODE.

Par le professeur J. CLAY DE BIRMINGHAM.

R. Térébenthine de Chio	15	centigrammes.
Fleur de soufre	10	—

Pour faire une pilule, en prendre une semblable toutes les quatre heures.

Ou bien :

R. Térébenthine de Chio en solution	15	grammes.
Gomme adragante	120	—

Sirop. . . . . 30 grammes.
Fleur de soufre . . . . 2 —

Ajouter de l'eau pour faire une potion de 480 grammes.

Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.

La dose maxima donnée quotidiennement ne doit pas dépasser 1 gramme 25 centigrammes.

On l'administre constamment pendant dix ou douze semaines et on cesse quelques jours pour recommencer ensuite.

M. Clay cite quatre observations, une de squirre, trois de cancers épithéliaux, dans lesquelles il a obtenu de très-beaux résultats. Cette médication s'adresse à tous les accidents du cancer : hémorrhagie, douleur, etc.

Mais, comme il le dit lui-même, ses expériences ne datent que d'un an et ne sauraient être concluantes (The Lancet).

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

VARIÉTÉS

TOPIQUES POUR MODIFIER L'ÉRUPTION DE LA VARIOLE.

L'épidémie de variole qui sévit actuellement à Paris donne de l'actualité aux prescriptions suivantes :

Contre l'éruption variolique le D[r] Sanson emploie cette solution :

Acide phénique . . . . 4 grammes.
Eau distillée . . . . 80 —

Faites dissoudre. — On imbibe un pinceau de cette solution et on touche les pustules, une ou deux fois par jour. Selon l'auteur cette solution agit comme désinfectante, calme la démangeaison, et surtout arrête le développement des pustules.

Dans le même but le D[r] Paterson recommande cette préparation :

Acide phénique. . . . . de 0 gr. 80 à 1 gr. 50
Glycérine. . . . . 4 gr. 50
Pommade d'oxyde de zinc . . . . 20 grammes.

On en étend tous les jours ou tous les deux jours sur la face et les mains. Au moment de la convalescence, la pommade desséchée sur les croûtes tombe comme un emplâtre moulé sur la face. La peau est sensible et marquée de taches rouges qui s'effacent graduellement, mais il n'y a pas de trous. Paterson recommande les mêmes onctions quand les pustules de la vaccine prennent un aspect érysipélateux.

Rapprochons de la pratique des médecins anglais le traitement préconisé par un médecin de Lyon, le Dr Pioch, et consistant à badigeonner toutes les quatre heures, toute la surface hérissée de boutons et de plaques, en commençant par les pieds et finissant par la face au moyen d'un pinceau trempé dans le mélange suivant :

Glycérine	3 parties.
Teinture d'iode	1 partie.

M. Pioch conseille de pratiquer des badigeonnages du septième au douzième jour de la maladie. — (*Revue méd.*)

POMMADE CONTRE LE PRURIT DE LA VARIOLE (GUÉNEAU DE MUSSY).

Bromure de potassium	3 grammes.
Camphre	30 centigr.
Cérat	30 grammes.

F. S. A. Une pommade que l'on conseille contre le prurit qui accompagne l'éruption de la variole, afin d'empêcher les enfants et les adultes de se déchirer la peau en se grattant.

POMMADE CONTRE LES ULCÉRATIONS VARIOLEUSES (M. GUÉNEAU DE MUSSY).

Acide tannique.	2 grammes.
Oxyde de zinc	2 grammes.

ment le col et aussi profondément que possible le canal cervical. Si on fait saigner la surface ulcérée, on éponge et on badigeonne de nouveau jusqu'à coagulation complète du sang.

Ce liquide présente un seul inconvénient. Il peut érosionner et même cautériser les parties des culs-de-sac vaginaux sur lesquelles il s'écoule.

On y remédie de la façon la plus sûre, en insufflant aussitôt après le badigeonnage, de la craie préparée.

Cette poudre fine de carbonate de chaux, absorbe le moindre excès de perchlorure de fer qui se transforme aussitôt en carbonate, dont l'action topique est nulle.

Cette cautérisation peut être pratiquée avec avantage, et sans danger, deux fois par semaine. L'action en est rapide.

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Dr Chéron a commencé son cours d'été sur les lésions de texture de l'appareil utéro-ovarien envisagées au point de vue de la doctrine physiologique qu'il professe le jeudi 22 avril à huit heures du soir, amphithéâtre nº 3. Il le continue tous les jeudis à la même heure.

CLINIQUE

Le Dr Chéron a repris ses leçons cliniques le lundi 5 avril à midi et demi à sa clinique de la rue de Savoie, 9 (près de la rue Dauphine). Examen des malades, diagnostic et traitement.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1318. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DES COURANTS CONTINUS DANS LA MÉTRITE CHRONIQUE (*suite*).

Par le docteur JULES CHÉRON.

Le résultat obtenu à l'aide des courants continus et de l'intermittence rythmée est-il toujours suffisant pour assurer une guérison? Quelle est la limite du résultat qu'on peut obtenir dans les différents cas ?

Pour répondre à ces deux questions, il importe d'abord de rappeler les modifications anatomiques par lesquelles passe l'utérus atteint de métrite parenchymateuse chronique.

Les auteurs qui ont décrit l'anatomie pathologique de la métrite chronique, avec ou sans l'aide du microscope, ont accusé des lésions différentes suivant l'époque de l'affection en présence de laquelle les plaçaient les hasards de l'amphithéâtre.

Aujourd'hui, la division de l'évolution de la maladie en deux périodes et l'étude de l'anatomie pathologique à ces deux périodes de la métrite se trouvent bien établies. Il est facile d'en faire une rapide analyse.

La première période de la métrite chronique à laquelle on a donné le nom de *période d'infiltration ou d'état fongueux* présente deux phases remarquables confondues par erreur en une seule.

Dans la première, sous l'influence d'une irritation périphérique ayant plus particulièrement pour siège les organes génitaux, les centres d'innervation vaso-motrice qui résident dans la moelle lombaire et les ganglions correspondants du sympathique sont frappés d'atonie, et la dilatation passive des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien en est la conséquence. *La congestion utérine se trouve, par ce fait, établie en permanence.*

Voilà la première phase de la première période de la métrite parenchymateuse.

La deuxième phase de la première période commence à ce moment où la distension des vaisseaux frappés d'inertie fonctionnelle ayant raison de leurs parois, une transsudation interstitielle de sérum, qui se présente avec l'aspect d'une matière amorphe demi-solide ou liquide, s'effectue entre les éléments anatomiques qu'il tient écartés.

C'est l'engorgement, tel qu'il a été décrit par M. Ch. Robin, qui succède à l'état congestif.

L'évolution de la métrite se continue, et dans cette deuxième phase de la première période de la métrite chronique, nous voyons se dilater tous les vaisseaux (artères et veines), l'infiltration interstitielle séreuse-jaunâtre devenir le plus souvent sanguinolente, le volume de l'organe augmenter, les fibres musculaires subir la transformation graisseuse, en même temps que l'altération papillo-catarrhale de la muqueuse vient à se caractériser.

Cette seconde phase de la première période évolue avec lenteur, et tient sous sa dépendance un ensemble de troubles fonctionnels portant sur l'appareil utéro-ovarien et sur les autres organes. Ainsi l'on voit survenir un sentiment de lourdeur dans le petit bassin s'irradiant à la région sacrée et à la région crurale ; des tiraillements, des élancements dans les hypocondres. Puis s'accentue la névralgie lombo-abdominale qui s'étend jusque sur la partie antérieure des cuisses. Des nausées surviennent, des envies fréquentes d'uriner, de la constipation, de la dyspepsie avec gonflements de la région de l'estomac et chaleurs au visage ou envie de dormir après les repas.

Les règles se troublent ; elles diminuent ou elles augmentent, elles avancent plus souvent qu'elles ne retardent, parfois elles deviennent douloureuses, des caillots se mêlent à l'écoulement menstruel.

Tous ces troubles retentissent sur le système nerveux qui traduit sa souffrance par un état d'agacement continuel. Des spasmes de l'appareil respiratoire, quelquefois une toux sèche et opiniâtre, sont la conséquence de cet état.

Les perturbations subies par les fonctions des appareils autres que l'appareil utéro-ovarien sont parfois si intenses, que l'attention des malades est détournée de l'organe d'où vient tout le mal, et l'affection utérine souvent ne se révèle nettement que par une de ces poussées aiguës auxquelles on est disposé à rapporter à tort, d'ailleurs, le début de la maladie.

Dans la première phase de cette première période, dans cette première étape de l'évolution de la métrite parenchymateuse, tout se borne à l'établissement d'un état congestif dû à la perte d'activité tonique d'innervation vaso-motrice. L'organe n'a encore subi aucune lésion de texture, la transsudation interstitielle du sérum ne s'est pas effectuée entre les éléments anatomiques de l'utérus, l'engorgement n'est pas encore établi, et comme l'affection marche avec lenteur, l'intervention du médecin pourra saisir le moment opportun, effacer la congestion, arrêter l'influence constitutionnelle en agissant sur l'état général. A cette première phase la maladie est curable : curable sans qu'il en reste aucune trace.

Pourquoi n'est-elle pas plus souvent enrayée dans cette phase congestive ?

La raison en est bien simple : — Il est d'usage, l'accouchement terminé, de surveiller pendant quelques jours le retrait de l'utérus et la santé de la parturiente.

Elle se lève accusant un peu d'engourdissement et quelques malaises qui se dissipent assez promptement ; il n'est plus question de l'accouchée pour le médecin. Dans un espace de temps variant de soixante-dix à quatre-vingts jours, l'utérus doit revenir peu à peu à ses dimensions normales. Mais à combien de causes fâcheuses n'est-il pas exposé qui arrêteront en route ce travail de régression et favoriseront l'envahissement de la métrite chronique !

L'accouchée va reprendre trop tôt les habitudes ordinaires de la vie. Le retour de couche, c'est-à-dire la première menstruation après l'accouchement, a reparu sans encombre ; aux yeux de la plupart tout danger ultérieur n'est plus à craindre à partir de ce moment-là.

Les courses à pied ou en voiture, les rapports sexuels, souvent l'exercice d'une profession fatigante sont repris sans hésitation, et la diathèse que la fatigue de la grossesse a mise en relief va venir imprimer son sceau sur l'organe qui est le siège d'un travail physiologique puissant, que l'on ne saurait trop favoriser par une hygiène bien entendue.

Tous les médecins qui ont, tant soit peu, souci de la question n'hésitent pas à admettre que c'est à la suite de l'accouchement ou de l'avortement que se développent la plupart des affections utérines. Comment comprendre alors qu'il ne soit pas d'usage de surveiller l'utérus jusqu'à sa régression complète, dans les trois mois qui suivent l'accouchement ?

Les observations suivantes, en prouvant l'importance de la chose, démontreront aussi la curabilité absolue de la métrite parenchymateuse chronique à l'aide des courants continus, dans la première phase de la première période de cette affection, *dans la phase congestive.*

OBSERVATION II. — Métrite chronique parenchymateuse (phase congestive) développée consécutivement à un quatrième accouchement datant de vingt-six mois, chez une malade âgée de vingt-sept ans.

Névralgie lombo-abdominale intense. — Arthritisme chez les ascendants ; symptômes récents chez la malade elle-même.

Sensation de pesanteur au périnée et de tiraillement dans les aines. — Marche pénible.

Traitement par les courants continus et les intermittences rhythmées. Arrêt de la maladie avec cinq mois de traitement.

Le 6 janvier 1873, entre dans le service, salle Saint-Joseph n° 12, âgée de vingt-sept ans, Joséphine R... exerçant la profession de repasseuse.

Elle habitait une petite ville de province et jouissait d'une bonne santé. Réglée à treize ans et mariée à dix-sept ans, elle a eu dans un espace de cinq années, quatre grossesses venues à terme dans de bonnes conditions.

Depuis le dernier accouchement survenu il y a vingt-six mois, elle est venue habiter Paris et sa santé se trouve fâcheusement atteinte.

Elle n'a plus la même ardeur au travail ; la fatigue survient facilement. La marche est pénible. Elle éprouve une sensation de tiraillement dans les aines et de lourdeur continue au périnée.

La région des reins est endolorie, au lit, tout aussi bien que dans la station verticale. Il existe des irradiations douloureuses dans les flancs, le bas-ventre et la partie antérieure des cuisses, surtout à gauche. La région hypogastrique est le siège d'une douleur permanente. Les règles se présentent, depuis plusieurs mois, avec une avance de huit à douze jours. Il y a des coliques utérines violentes le premier jour, et les jours suivants des caillots se mêlent à l'écoulement menstruel.

Avant et après chaque époque, il y a d'abondantes pertes blanches.

La malade a souffert des articulations à plusieurs reprises depuis deux ans. Elle est sujette au rhumatisme musculaire. L'urine tache le vase en rouge et un abondant dépôt blanc rosé apparaît, surtout par les temps humides.

Le père de cette malade était très-rhumatisant et sa mère souffrait sans cesse de névralgies de la face et de la région lombaire.

Plusieurs autres symptômes viennent caractériser encore davantage l'arthritisme dont la malade est atteinte; arthritisme que l'appauvrissement de la santé préparé par les accouchements antérieurs et déterminé au dernier, par l'envahissement de la métrite chronique, met depuis deux ans en relief.

La feuille d'entrée porte, comme diagnostic, *ulcération du col.*

L'examen pratiqué à l'aide du toucher et du spéculum permet de constater les symptômes suivants :

Au toucher l'utérus est volumineux et lourd. Les culs-de-sac, le droit surtout, sont douloureux à la pression. L'orifice du col est large et entr'ouvert. Les lèvres font éprouver une sensation de distension élastique.

Au spéculum, le col est violacé, d'un aspect œdémateux, le méat est rouge sur une largeur de 12 à 15 millimètres, sans desquamation. Un mucus glutineux et de couleur jaune remplit la cavité du col.

La température du canal cervical est de 38°2. Le diamètre du col mesuré au cervicimètre est de 46 millimètres.

Sans autres moyens thérapeutiques, l'application galvanique est commencée ; courant continu, le pôle positif dans le canal cervical, le pôle négatif au niveau des points apophysaires douloureux de la région dorso-lombaire.

Chaque application est d'une durée de douze minutes, sans aucune rupture de courant. Ce dernier est fourni par vingt-six éléments, le rhéostat ouvert à moitié.

L'application est faite tous les jours pendant vingt jours, durant le mois de janvier. Après les premières règles, depuis le commencement du traitement, on constate une diminution notable dans la coloration du col. Le diamètre est moins considérable de 2 à 3 millimètres, la sensibilité des culs-de-sac est moins grande.

Pendant les vingt jours de traitement, on pouvait voir la décongestion se faire, en partie, dans le col ; celui-ci perdre sa coloration violacée après chaque application et la reprendre quelques heures après. Dans les derniers jours la décongestion persistait d'une application à l'autre.

Vingt applications sont faites de la même manière pendant le mois de février. Les règles reviennent, à une époque à peu près normale, sans douleurs et sans caillots. L'examen du col, après cette période, permet de constater une diminution du diamètre transversal de l'organe qui est réduit à 40 millimètres. La coloration est beaucoup moins intense. La rougeur vive existant au méat, rougeur que d'après un examen superficiel on pouvait juger représenter une ulcération, s'est grandement modifiée. On ne retrouve plus cet aspect tendu et luisant qui correspond à une sorte d'œdème.

Le même traitement est continué en mars, avril et mai. A la fin du mois de mars, la marche est devenue plus facile. La malade accuse la disparition de la sensation de tiraillement dans les aines. La sensation de pesanteur au périnée

n'a pas encore tout à fait disparu. Quant à la douleur dorso-lombaire avec irradiations dans les flancs à l'hypogastre et à la partie antérieure des cuisses, elle ne paraît qu'aux approches des règles ou après avoir marché longtemps.

Les symptômes locaux ont continué à s'amender, et la température cervicale qui à la fin du mois précédent était encore à 38° est abaissée à 37°6.

Ce signe important nous fait modifier, à partir de ce moment, le mode d'emploi du courant galvanique. Les intermittences rhythmées sont substituées à l'application du courant continu, sans rupture, employé jusqu'alors.

L'effet thérapeutique des intermittences se fait sentir aussitôt, et se révèle par l'amendement plus rapide des symptômes objectifs et des symptômes subjectifs.

Le col prend une coloration plus rosée, sans aspect œdémateux. Le diamètre de cet organe est arrivé à 38 millimètres. La consistance est plus accusée sans dureté. Les culs-de-sac vaginaux sont indolores au toucher. La rougeur du méat a disparu.

La névralgie lombo-abdominale ne se révèle plus que par l'existence du point douloureux dans l'hypocondre gauche, perçu de loin en loin. La sensation de pesanteur au périnée a cédé. La marche est facile ; cependant la malade ne peut encore rester longtemps debout sans marcher.

Telle est la situation, après les règles, à la fin du quatrième mois de traitement.

Pendant le mois de mai, les intermittences du courant continu sont employées de la même manière. La santé de la malade s'affermit de plus en plus. Il n'y a plus aucun symptôme ni objectif ni subjectif de l'affection utérine, si ce n'est cependant la sensibilité de quelques apophyses épineuses de la région dorso-lombaire

Cent quatre applications galvaniques ont été faites ; cinquante-six avec le courant continu sans rupture, vingt-huit avec les intermittences rhythmées de ce même courant.

La malade sort le 12 juin dans le meilleur état de santé : la rougeur du méat cervical dénommée sur la feuille d'entrée, ulcération du col, pour laquelle elle avait été envoyée à l'hôpital, étant complétement disparue.

Après l'exposé de cette observation, nous devons nous occuper des deux questions posées précédemment, qui se résument en celle-ci : quelle est la limite du résultat qu'on peut obtenir dans les différents cas de métrite parenchymateuse chronique à l'aide des courants continus ?

Dans le cas qui nous occupe la guérison a été radicale et la preuve en a été donnée par le retour de la malade dans le service. Elle est revenue pour la troisième fois en 1879 atteinte d'uréthrite, aucune

modification morbide ne s'est faite du côté de l'utérus, ce qui est d'autant plus remarquable qu'elle a eu un cinquième enfant en 1876.

Pouvons-nous considérer cet état congestif, comme la première phase de la première période de la métrite chronique ? Oui ! à n'en pas douter !

Cet état congestif se présente avec la forme passive, accompagné d'une série de symptômes subjectifs qui n'appartiennent pas à la congestion, à la stase utérine, mais bien à la métrite chronique (1).

D'une autre part, chez les diathésiques, la congestion utérine conduit fatalement à l'engorgement et de là au dernier terme de la métrite parenchymateuse chronique. Depuis quinze ans bientôt, l'observation la plus suivie nous a permis de formuler cette loi ; notre statistique à ce sujet portant sur un nombre de malades supérieur à six mille.

Ce qu'à cette phase de la maladie le courant continu fait obtenir en cinq mois, un traitement mixte dans lequel le galvanisme jouerait le principal rôle le procurerait en un temps plus court. Mais, lorsqu'il s'agit de démontrer l'efficacité d'un moyen d'une importance thérapeutique aussi grande que le courant continu, c'est en employant seul ce moyen qu'on juge sa vraie valeur.

L'observation que nous venons de relater prouve l'action thérapeutique remarquable du courant continu, sous ses deux formes, dans le traitement de la métrite parenchymateuse chronique, à la première phase de sa première période ; les observations suivantes plus démonstratives encore dissiperont, nous en sommes certain, toute hésitation à cet égard, s'il en restait dans l'esprit du lecteur.

(*La suite au prochain numéro.*)

1. Voir nos leçons faites à l'École pratique sur les congestions utérines. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (1879).

DE LA CONTRACTURE SPASMODIQUE

DU CONSTRICTEUR VULVAIRE, SES RAPPORTS DE CAUSALITÉ AVEC UNE IRRITATION SPINALE LOCALISÉE (*suite*).

Par le docteur Louis DAUDE, de la Faculté de Paris.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

On est en général d'accord pour attribuer à la diathèse herpétique la valeur d'une cause prédisposante, par suite des éruptions eczémateuses, ou autres, qu'elle peut faire naître sur les organes génitaux externes.

L'onanisme peut agir en provoquant des lésions vulvo-vaginales. Quant aux lectures érotiques, etc., leur influence n'est aucunement prouvée.

La résistance, la forme circulaire de l'hymen, la disproportion des organes génitaux, le coït incomplet, la maladresse ou la débilité de certains maris, les soins mal dirigés de la toilette, l'usage intempestif et trop prolongé des lotions astringentes (?) ont tour à tour été cités comme causes prédisposantes.

C'est de vingt à cinquante ans, qu'on rencontre surtout le vaginisme, c'est-à-dire à l'époque de l'activité sexuelle, et il débute très-souvent, dès les premiers jours du mariage, de telle sorte que beaucoup de femmes qui en étaient atteintes depuis nombre d'années avaient gardé intact leur hymen. La malade de Debout avait cinquante-neuf ans et son mal datait de onze ans. Celle de Sims qui en avait quarante-cinq souffrait depuis vingt-cinq ans de son affection.

L'influence de l'hystérie est généralement rejetée par les auteurs. Lutaud admet qu'elle est plutôt un effet, qu'une cause du vaginisme. MM. Charrier et Guéneau de Mussy la citent au nombre des causes réellement prédisposantes du vaginisme, et nous n'hésitons pas à nous

rallier à cette dernière opinion. L'hystérie dispose aux hypéresthésies, et d'un autre côté les recherches myographiques de M. Charcot ont démontré que le système musculaire des hystériques est toujours en imminence de contracture. Les réflexes sont exagérés dans cette maladie, alors même que la motilité volontaire est diminuée. D'ailleurs, le tempérament nerveux des malades est souvent noté dans les observations, notamment dans celles de M. Guéneau de Mussy.

On a signalé la proéminence excessive du bord antérieur du périnée. Et en effet, cette disposition anatomique peut, en rendant le coït plus difficile, être une cause indirecte de vaginisme.

La virginité ne met pas à l'abri de cette affection. Demarquay cite le cas d'une jeune fille atteinte de métrite ulcéreuse, de vaginite granuleuse, de douleurs abdominales vives et avec cela de la fissure à la paroi postérieure du vagin, et chez laquelle le coït aurait fait incontestablement éclater la contracture.

L'examen ou la copulation sont, en effet, quelquefois nécessaires pour faire surgir la douleur.

Il ne faudrait pas croire, dit M. Bouchut, que le vaginisme ne s'observe que chez la femme déflorée.

Je l'ai vue chez une fille vierge, atteinte de leucorrhée lymphatique et à laquelle on avait prescrit des injections. Ce soin était devenu impossible, en raison de la douleur que provoquait l'introduction de la canule. Dans ce cas, une légère fissure de l'hymen était la cause de la douleur et ne permettait pas le contact du doigt.

FRÉQUENCE.

Cette affection est relativement fréquente. Elle a été décrite sous d'autres noms. On l'étudie difficilement à cause de la susceptibilité des malades.

DIVISION.

Nous admettrons, avec Sims, un vaginisme essentiel. Les exemples de vaginisme les plus remarquables que j'ai vus, dit cet auteur,

n'étaient pas compliqués d'inflammation, mais j'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels il existait une rougeur et un véritable érythrème de la fourchette.

M. Courty se rattache à cette opinion ; il dit qu il a observé cette maladie tantôt provoquée par une irritation quelconque de la muqueuse, tantôt purement spasmodique.

Demarquay et O. Saint-Vel n'admettent pas de vaginisme idiopathique, et disent qu'ils ont toujours trouvé la cause qui est la plupart du temps une fissure.

Avec Occhini, de Florence, M. Courty admet un vaginisme intermittent. La contraction, dit-il, peut être passagère, intermittente, se renouvelant d'instants en instants, comme un état convulsif, ou un spasme clinique ; ou bien elle est continue, permanente, ayant tous les caractères de la contracture ou du spasme tonique.

Visca divise le vaginisme en passager et en persistant. Le vaginisme offre toujours une certaine acuité, et puis il est souvent de longue durée, aussi la division en aigu et chronique n'est guère admissible.

M. Péan divise le vaginisme en supérieur et inférieur.

M. Gosselin a décrit, sous le nom de vaginisme supérieur, l'hypéresthésie des culs-de-sac vaginaux, sans contraction ni contracture.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le trait caractéristique, fondamental, c'est l'impossibilité ou du moins la très-grande difficulté de la copulation. Cet acte fait naître, en effet, une douleur, qui peut devenir syncopale. L'irritation spasmodique est produite par l'attouchement le plus léger. Le contact d'un pinceau ou des barbes d'une plume peut causer des souffrances telles que la patiente pousse des cris et se plaigne d'éprouver une douleur pareille à celle que produirait un instrument aigu enfoncé dans la partie sensible. L'intensité de cette douleur est plus prononcée dans certains cas que dans d'autres ; mais généralement la souffrance et le spasme réunis sont assez violents, pour exclure la possibilité de tout rapprochement sexuel.

Parfois, le coït est accidentellement supporté, malgré une souf-

france intolérable ; tandis que d'autres fois il est tout à fait abandonné, bien que déjà il ait été à plusieurs reprises et en quelque sorte parfaitement accompli.

Sims compare l'alarme et l'agitation de la malade atteinte de vaginisme, qu'on se prépare à examiner, à l'état d'une personne nerveuse et craintive chez qui on a une première fois introduit la pointe d'un instrument sur le nerf dénudé d'une dent cariée, et que la seule idée de voir recommencer l'opération jette dans une extrême rigidité nerveuse.

Dans un cas, dit-il, je tentai de faire une exploration du vagin ; mais j'échouai complétement. Le plus léger toucher à l'orifice de cet organe causait une vive souffrance qui jetait le système nerveux dans une grande commotion. Il se manifestait une agitation musculaire générale. Le corps entier frissonnait comme dans une fièvre intermittente ; les yeux étaient hagards ; la malade poussait des cris et des sanglots ; des larmes roulaient sur ses joues et elle présentait, en un mot, la cruelle expression de la terreur et de l'agonie.

Si, dans ces cas, on place la patiente en position obstétricale et si on fait usage, comme le recommandent MM. Demarquay et O. Saint-Vel, d'un spéculum américain qui permet d'examiner tous les détails de la muqueuse vaginale, on peut dans quelques cas arriver à faire un examen à peu près complet.

Mais parfois, le chloroforme est indispensable. La malade dominée par l'excès de ses douleurs physiques, et malgré la volonté la plus ferme, ne peut supporter le contact du doigt et de l'instrument qui d'ailleurs se trouvent enserrés par le vagin. Or, sous le chloroforme toute hypéresthésie, tout spasme est aboli et le chirurgien n'est ne aucune façon gêné dans ses explorations.

On peut alors constater quelquefois les lésions que nous avons déjà citées à l'article Étiologie et qui ont été reconnues dans plusieurs cas, comme les causes du vaginisme.

C'est ainsi qu'on trouvera une fissure le plus souvent située à la paroi postérieure du vagin, ou sur la fourchette ; un fibrome, un névrome sous-muqueux, un polype douloureux de l'urèthre, etc., etc.

Dans ces cas la douleur existera surtout au niveau de ces lésions ; mais, en général, elle s'irradiera par toute la vulve.

L'hymen est d'ordinaire épais ou résistant. Ou bien on pourra ne constater aucune lésion.

La sensibilité peut être très-vive au méat urinaire et dans ses environs, de chaque côté, où l'hymen prend naissance. Elle peut encore être vive près de l'orifice de la glande vulvo-vaginale ; mais souvent c'est à la fourchette qu'elle est le plus souvent marquée, au point où l'hymen s'épanouit. Toute la face vulvaire ou antérieure de cette membrane est sensible, plus particulièrement sur ses replis et à sa base. Mais, tandis que la face extérieure de l'hymen et les parties voisines sont à ce point douloureuses, la pression d'arrière en avant, sur la face interne ou vaginale de cette membrane, avec une sonde introduite à travers l'hymen, sans toucher à sa face extérieure, peut être indolore.

Le sphincter anal associe souvent son spasme à celui du vagin ; et Sims rapporte qu'une malade, chez laquelle dans ces circonstances le constricteur anal contracturé devenait aussi dur qu'une boule d'ivoire, avait pris cette dureté pour une tumeur qu'il fallait extirper.

Le vaginisme est en général, dit Scanzoni, aggravé à chaque époque menstruelle ; mais il a vu des malades, qui à ce moment éprouvaient une véritable rémission.

PRONOSTIC.

La chronicité est la règle. Cette maladie n'a pas de tendance à guérir par le seul repos ; elle peut, pour ainsi dire, persister indéfiniment. C'est là, du reste, ce qui en fait la gravité. Une des malades de Sims était âgée de quarante-cinq ans, et était torturée depuis vingt-cinq ans par cette cruelle affection.

L'ancienneté et les complications du vaginisme aggravent le pronostic, qui est aussi plus sérieux quand la maladie s'est manifestée, non pas dès le début, mais après plusieurs rapports réguliers.

Scanzoni et Sims disent qu'ils ont guéri toutes leurs malades. Mais l'opération de Sims peut avoir ses inconvénients et ses dangers.

On conçoit facilement les conséquences d'une affection aussi tenace. Les auteurs ont mentionné l'amaigrissement, l'anorrhexie, l'in-

somnie, l'inquiétude, l'anémie et personne ne mettra en doute ces assertions.

La stérilité est la règle, mais non pas la règle absolue. La fécondation a été, en effet, possible dans quelques cas, soit à la suite d'un coït complet pratiqué malgré de vives souffrances, soit à la suite d'un coït incomplet.

M. Lorain dans sa leçon clinique en cite un exemple. Sims parle d'une dame âgée de trente ans, qui, atteinte de vaginisme, put devenir mère deux fois. Le coït était pratiqué pendant le sommeil anesthésique ; et ce cas est curieux à plus d'un titre, car il démontre que, malgré l'énorme dilatation produite par le passage de deux fœtus, le vaginisme persista.

Le système nerveaux finit par tomber dans un état déplorable. L'impressionnabilité devient quelquefois excessive. Dans un cas de Sims, la malade était d'une telle irritabilité que le plus léger bruit lui était désagréable au dernier point. Elle ne pouvait marcher que dans sa chambre et encore n'osait-elle pas souvent risquer l'expérience et se tenait-elle la plupart du temps dans son lit, où elle se livrait à des efforts intellectuels incessants.

Les conséquences morales sont le plus souvent désolantes. Le refroidissement dans l'affection des deux époux est la suite naturelle des inconvénients du vaginisme.

L'indifférence conjugale, l'antipathie, les sévices viennent ensuite et avec tout cela, un état de mélancolie profonde chez la malade qui, dans un cas rapporté par Hervez de Chégoin, demanda au suicide la guérison des souffrances qu'elle endurait depuis trois ans, et à propos desquelles elle avait refusé l'intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC.

La sensibilité excessive des parties fait la base du diagnostic et le spasme constitue le symptôme pathognomonique.

Il paraît difficile de se méprendre dans le diagnostic d'une pareille affection. On ne pourrait la confondre avec l'imperforation de l'hymen ou l'atrésie du vagin, dont la nature est facilement reconnue après examen. Dans ces dernières affections, il n'y a pas nécessairement

souffrance exagérée par l'attouchement; mais seulement empêchement mécanique à l'introduction d'une sonde, ou du doigt, tandis que dans le cas de vaginisme, le contact le plus léger cause une souffrance excessive, source principale du diagnostic. Enfin, le sommeil chloroformique en faisant cesser le spasme et la douleur montrerait la nature véritable de la maladie.

L'hypéresthésie accompagnant la vulvite disparaît aussitôt l'inflammation guérie; d'ailleurs, il y a alors une sorte de proportionnalité entre le processus inflammatoire et la douleur.

L'hypéresthésie vulvaire, causée par les premiers rapports, est due à une légère inflammation et s'émousse par le coït. C'est le contraire pour le vaginisme, et nous croyons que c'est bien à tort que certains auteurs ont attribué au défaut d'énergie et de persévérance du mari la persistance du vaginisme. N'a-t-on pas vu d'ailleurs celui-ci résister après un et deux accouchements.

La névralgie vulvaire a comme toutes les névralgies pour symptômes des douleurs de caractères variables, mais existant spontanément et à l'état de parfait repos. Les douleurs du vaginisme, au contraire, ne se font guère sentir que lorsque la malade veut faire un mouvement, et surtout qu'elle veut se livrer à l'exercice des fonctions génitales.

Décrite pour la première fois, d'après Simpson, par le docteur Burns de Glasgow, l'hypéresthésie vulvaire idiopathique a été regardée comme un mode particulier de la névralgie du nerf honteux, et traitée par la section simple (Burns) ou sous-cutanée (Simpson) de ce nerf.

Nous pensons qu'il ne faut pas s'attacher outre mesure à distinguer cette maladie du vaginisme, car elle peut en être la première étape. On la distinguera cependant du vaginisme constitué par l'absence de spasme.

Le prurit vulvaire peut être symptomatique, secondaire, ou idiopathique. Il est quelquefois si insupportable qu'il est impossible à la malade de résister à l'envie de se gratter; ce qui excorie les parties génitales, les fluxionne, ou les enflamme. A l'époque menstruelle, le prurit est sujet à des exacerbations notables.

Eh bien! on ne peut confondre en aucune façon le vaginisme

avec le prurit. Le tableau de ces deux maladies est trop différent.

Certaines femmes éprouvent pendant la copulation un ténesme anal et vésical très-marqué; mais dans ce cas, ou bien il y aura complication de ténesme vulvaire, et alors on aura devant soi un vrai vaginisme intermittent, une sorte de spasme fonctionnel; ou bien, cette complication sera absente et alors l'entrée vaginale sera complétement libre et fera rejeter l'idée de vaginisme.

En résumé, l'affection qui nous occupe a une physionomie trop spéciale, pour qu'un observateur un peu attentif puisse la confondre avec une autre maladie des organes génitaux externes.

VAGINISME SUPÉRIEUR.

Avant d'aborder la pathogénie, je me propose de dire quelques mots seulement de ce que l'on a décrit sous le nom de vaginisme supérieur.

La description anatomique de M. Révillout, que j'ai citée plus haut, fait pressentir les symptômes qui constituent cette maladie. Nous n'avons, pour notre part, jamais observé cette affection et malgré les observations que M. Révillout a publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* et qui ont été reproduites par Lutaud, dans sa thèse, nous croyons que le vaginisme supérieur n'a encore que très-peu occupé l'attention des médecins. Aussi, nous ne nous étendrons pas longuement sur ce point.

Chez certaines femmes, le releveur anal en se contractant sous l'influence de la volonté peut, par ses fibres moyennes, venir exercer sur le vagin une certaine impression qui est parfaitement sensible pour le doigt. M. Budin, qui a observé le phénomène, nous a montré des phallus en cire, qui, ayant été introduits dans le vagin parfaitement arrondis, en ont été retirés étranglés à un centimètre et demi à peu près en arrière de l'orifice vaginal, par la contraction volontaire du releveur anal.

Or, ce muscle peut, comme beaucoup d'autres, être atteint de contracture spasmodique. Cette dernière survenant au moment du coït sous forme de spasme fonctionnel le rendrait impossible dans beaucoup de cas.

De plus, cette contracture peut devenir permanente et alors on a réellement affaire, à ce qu'on a décrit sous le nom de vaginisme supérieur.

On pourrait croire au premier abord que cette constriction est produite par la tunique musculaire du vagin; mais la contracture de cette couche devrait produire une stricture circulaire ; or, la stricture observée était seulement bilatérale. Et puis, la paroi musculaire du vagin ne serait certainement pas capable de produire un étranglement aussi énergique ; car ce spasme musculaire paraît, dans certains cas, avoir été assez fort pour s'opposer efficacement à la sortie de la partie fœtale. Dans un cas, cité par M. Budin, l'enfant se présentait par le pelvis ; la sage-femme lutta pendant vingt minutes sans obtenir la moindre progression à travers le vagin du fœtus qui, à un moment donné, vint à elle elle ne sut comment.

Il est évident que, dans des cas semblables, le meilleur moyen serait de recourir à l'anesthésie qui, en faisant cesser la striction spasmodique du vagin, enlèverait l'obstacle à la sortie du fœtus.

L'existence du vaginisme supérieur explique certains cas de vaginisme que Sims trouvait obscurs. Il disait qu'il devait exister dans le fond du vagin quelque muscle, dont l'action dévoilerait le mécanisme de ce qu'il avait observé.

Les fibres moyennes du releveur anal n'ayant pas chez toutes les femmes le pouvoir d'exercer sur la partie moyenne du vagin une constriction sensible, il faut admettre un développement anormal de ce muscle, chez celles qui ont offert ce phénomène aux différents observateurs qui en ont parlé.

Il se pourrait que, dans certains cas de vaginisme inférieur, le releveur anal contribuât pour une certaine part à rendre infranchissable le conduit vulvo-vaginal, associant ainsi son action à celle du sphincter vulvaire et des fibres circulaires du vagin.

PATHOGÉNIE.

Toutes les fois qu'un plan musculaire est recouvert par une muqueuse, cette muqueuse s'enflamme-t-elle, les fibres musculaires peuvent devenir le siège d'une contracture accompagnée de spasme.

Si le plan musculaire est un sphincter, comme le sphincter anal, le constricteur du vagin, l'orbiculaire des paupières, il suffit très-souvent que la muqueuse soit le siège d'une lésion provoquant l'exagération de la sensibilité, comme une hypéresthésie, une fissure, pour voir une contracture spasmodique se déclarer.

Cette loi de Boyer s'applique à presque tous les cas de vaginisme, soit essentiel, c'est-à-dire ayant pour cause une hypéresthésie idiopathique et sans lésions de la muqueuse vulvo-vaginale, soit symptomatique, c'est-à-dire dû aux nombreuses lésions signalées déjà comme causes de vaginisme (raghades, fissures, polypes, etc.).

Le vaginisme est en somme un spasme chronique ou tonique d'origine réflexe.

Or, un réflexe peut être représenté par son arc diastaique, lequel offre à considérer trois points principaux :

1° Le point de départ; 2° le point de réflexion; 3° le point d'arrivée.

Nous avons suffisamment étudié les deux points extrêmes. C'est le point de réflexion que nous nous proposons d'étudier ici.

Pourquoi une lésion quelconque des organes génito-urinaires produira-t-elle du vaginisme chez un sujet et pas chez un autre ?

Et d'abord le vaginisme étant une contracture, qu'est-ce qu'une contracture ?

Ici nous empruntons beaucoup aux idées que M. le professeur Charcot a exprimées dans son cours de la Salpêtrière.

En physiologie normale, on comprend avec peine qu'un muscle puisse rester des jours et des années entières en contraction. On sait qu'une contraction volontaire ne peut guère dépasser trente à trente-deux minutes de durée. A la suite d'un effort semblable, la fatigue survient ; fatigue caractérisée par l'acidité du suc musculaire. A ce moment toute contraction devient impossible, et si on veut pousser l'excitation plus loin, c'est la rigidité cadavérique du muscle, c'est sa mort que l'on obtient.

Pourquoi donc chez cette hémiplégique, pourquoi chez cette hystérique, pourquoi chez cette femme atteinte de vaginisme, un muscle peut-il rester en activité pendant un temps si long, sans se reposer jamais ? Pour expliquer cet état en apparence paradoxal, il faut

comparer le phénomène de la contracture au phénomène du tonus musculaire normal.

A l'état de repos, le muscle, en effet, est encore actif. Il est soumis à l'action imminente et réflexe des centres nerveux. Le microphone y fait découvrir le son musculaire; la consommation d'oxygène y est intense. Cet état tonique dans lequel se trouve le muscle est d'origine réflexe, car si on ne supprime un des éléments de l'arc diastasique qui préside au phénomène, cet état se trouve anéanti de ce fait. On ne constate plus alors le son musculaire, l'oxygène n'y est plus consommé.

Or, on peut concevoir la contracture comme une exagération pathologique du tonus musculaire normal.

Quelle est la condition pathogénique de cette tonicité exagérée du muscle? C'est l'hyperexcitabilité de la cellule motrice de la moelle, qui, lorsqu'elle est généralisée dans tout cet organe, se traduit par l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde.

L'étiologie de cette hyperexcitabilité est variable. On peut produire celle-ci: 1° en exagérant l'excitation, qui est transmise à l'appareil spinal par les nerfs centripètes; 2° en exagérant l'excitabilité de cet appareil lui-même; 3° en supprimant l'action du cerveau.

Ces trois modes expérimentaux sont représentés en pathologie.

La première condition étiologique est remplie par les douleurs intenses, par cette carie dentaire douloureuse, par cette névralgie trifaciale, qui amènera le spasme mimique; par cette fissure anale ou vulvaire qui amènera la contracture des constricteurs des orifices lésés.

La seconde condition pourra être remplie par l'ingestion de certaines substances dites excito-motrices, la strychnine par exemple, ou par certaines maladies dont un des symptômes est une hyperexcitabilité de la cellule motrice, l'hystérie.

La troisième condition est très-efficacement remplie encore par l'hystérie, dont, selon M. le professeur Jaccoud, la caractéristique physiologique serait une véritable ataxie cérébro-spinale, dans laquelle la subordination primitive et innée de l'activité spinale à l'activité cérébrale serait rompue toujours au profit de la première, d'où parésie cérébrale et hyperkinésie spinale. Cet état pouvant d'ailleurs être produit, soit par un affaiblissement de l'activité céré-

brale, l'activité spinale restant normale, soit par une exagération morbide de l'activité spinale, l'énergie cérébrale restant normale.

Je citerai en dernier lieu, comme réalisant au suprême degré cette troisième condition, l'état de léthargie braïdique ou d'hypnotisme, lequel consiste en une suspension absolue de tout fonctionnement cérébral, et en une hyperexcitabilité consécutive de l'appareil névro-musculaire. Nous croyons que dans aucun autre état le pouvoir réflexe médullaire n'atteint un aussi haut degré d'énergie.

La moindre titillation d'un nerf ou d'un muscle produit une contraction et même une contracture; comme à l'état normal le ferait une faradisation intense.

On conçoit que les deux premières conditions étiologiques seront souvent réunies. Ainsi, dans l'espèce, une contracture vulvo-vaginale aura la plupart du temps pour cause l'excitation des nerfs sensitifs par une fissure ou une lésion variable de l'appareil utéro-ovarien, etc., transmise à une moelle hyperexcitable : hystérie. Voilà pourquoi certains auteurs ont eu grand tort, selon nous, de reléguer au rang des effets et non des causes du vaginisme l'affection hystérique. Du reste, les auteurs les plus récents signalent presque tous l'état névropathique antérieur des malades. Qu'est-ce que l'hystérie traumatique, sinon la mise en acte par une excitation d'un nerf sensitif, de l'hyperexcitabilité médullaire restée jusque-là latente. M. Charcot cite l'exemple d'une jeune fille qui, à la suite d'un léger traumatisme occasionné par une chute sur la main, vit son poing rester fermé plusieurs mois. Le même phénomène peut se produire dans d'autres maladies. Telle est une malade de M. Charcot, qui était atteinte d'hémiplégie avec imminence de contracture de par l'hyperexcitabilité de sa moelle et qui, sous l'influence d'une chute sur la cuisse, c'est-à-dire d'une excitation sensitive partie de la peau et des parties profondes, a vu son bras et sa jambe se contracturer définitivement.

Donc irritabilité spinale convertie en irritation par une excitation variable, telle est la pathogénie générale de la contracture, telle sera aussi celle du vaginisme.

L'irritabilité spinale sera la cause prédisposante, elle constituera l'état de réceptivité du sujet. Le reste sera la cause occasionnelle.

On admet que les cellules de la moelle sont disposées par groupes,

dont chacun commande à une région musculaire déterminée du corps. Ces groupes constituent les centres réflexes de ces régions ; si l'excitabilité médullaire n'est pas excessive, jusqu'à produire cette irradiation des sensations dans toutes les parties de la moelle, phénomène connu sous le nom de syncinésie, une excitation sensitive partie d'un membre produira un effet moteur réflexe dans le même membre, ou tout au plus dans les deux membres homonymes.

Or, quel est le centre réflexe du constricteur vaginal ? En un mot, quelle est la région médullaire qui, excitée directement ou indirectement, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un nerf sensitif, peut produire une contraction ou une contracture du sphincter vulvaire ? Les recherches de M. le Dr Chéron nous permettent de ne pas rester sans réponse à cette question.

L'éminent médecin de Saint-Lazare a pu rassembler huit observations dans lesquelles l'irritation de la moelle, au niveau de la septième et huitième vertèbres dorsales, se traduisait par des symptômes non douteux.

Qu'on suive, dit-il, l'affection décrite sous le nom de vaginisme du premier au dernier moment, on verra que l'hyperesthésie vulvaire précède toujours la contracture. Le vaginisme est simplement hyperesthésique avant de devenir spasmodique. Consécutivement à cette hyperesthésie, il se développe une excitation douloureuse et limitée de la moelle caractérisée par la douleur spontanée ou à la pression des septième et huitième vertèbres dorsales. Cette irritation médullaire réfléchie par les nerfs moteurs se transforme en spasme. Il est fait en petit ce qui a lieu en grand dans la maladie décrite sous le nom d'irritation cérébro-spinale généralisée et qui se caractérise par des troubles de sensibilité et de motilité échelonnés le long de tout l'appareil cérébro-spinal et sympathique. Dans cette dernière maladie, on connaît la fréquence des points apophysaires.

Axenfeld en a fait le caractère distinctif qui sépare l'irritation spinale des névralgies, et Armaingaud est arrivé à cette conclusion : que l'apophysialgie coincidant avec une névralgie suffisait pour indiquer qu'il s'agissait là d'une forme incomplète ou plutôt limitée de l'irritation spinale.

La ténacité de l'irritation spinale explique celle du vaginisme.

TRAITEMENT.

Il a varié suivant l'idée que l'on s'est faite de la maladie.

Nous pensons que la plupart du temps il doit être à la fois local, général et médullaire. Une continence absolue doit y préluder.

MÉTHODE DE SIMS.

La section du sphincter vantée par Sims avait déjà été pratiquée par Huguier, Pinel, Grandchamp et Michon. La section faite par la méthode sous-cutanée de Blandin n'offre aucun avantage.

Le traitement, dit Sims, consiste dans le retranchement de l'hymen, l'incision de l'orifice vaginal et ensuite sa dilatation. La dernière opération est inutile sans les deux premières, mais elle est essentielle pour en faciliter et compléter le succès.

Plaçant la patiente éthérisée sur le côté gauche, je saisis l'hymen avec une pince, précisément à sa jonction avec l'urèthre à gauche, et le développant dans toute son étendue, je coupe avec des ciseaux courbes, de manière à détacher la membrane tout entière en une seule pièce.

Dans quelques cas, l'hémorrhagie réclame l'emploi d'une compresse de charpie ; deux fois j'ai vu l'écoulement du sang excessif, mais facilement arrêté avec la liqueur de persulfate de fer.

La plaie guérit d'ordinaire complétement en trois ou quatre jours, après quoi l'opération imposée pour une guérison radicale peut être accomplie.

Malgré le retranchement de la membrane épaisse et douloureuse qui constitue l'hymen, la cicatrice qui reste à l'orifice du vagin est excessivement sensible, et, dans quelques cas, dure et résistante comme si un fil d'archal ou une ficelle resserrait l'entrée du canal.

Dans mes premières expériences, j'y fis une incision en différents points et en divers sens ; aujourd'hui, je suis arrivé à la méthode suivante, qui est la plus sûre et la meilleure.

Placez la malade sur le dos complétement éthérisée comme pour la

lithotomie, passez l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, séparez-les latéralement de manière à dilater le vagin autant que possible, en donnant à la fourchette toute son étendue ; faites ensuite avec un scalpel ordinaire une profonde incision dans le tissu vaginal d'un seul côté de la ligne médiane, la dirigeant de haut en bas et la terminant au raphé du périnée. Cette incision forme un côté d'un γ. Ramenez ensuite le scalpel dans le vagin, que vous dilatez toujours avec les doigts comme auparavant, et incisez de la même manière et de haut en bas le côté opposé, en réunissant les deux incisions auprès du raphé et en les prolongeant jusqu'aux téguments du périnée. Chaque incision aura environ deux pouces de long, c'est-à-dire un demi-pouce au-dessus du bord du sphincter, un demi-pouce dans la partie supérieure de ses fibres, et un pouce de son bord inférieur au raphé du périnée.

Bien entendu que ces indications doivent varier en raison des sujets et du développement des parties.

Pour achever la guérison, il est nécessaire que la patiente porte pendant quelque temps une bougie ou un dilatateur convenablement adaptés. J'emploie habituellement un dilatateur de verre, quelquefois de métal ou d'ivoire.

Je préfère le verre, parce qu'il est aisément tenu propre et qu'étant transparent, il est facile de voir la plaie et même le vagin tout entier sans le retirer.

S'il y a perte de beaucoup de sang, j'introduis immédiatement le dilatateur ; mais habituellement j'attends vingt-quatre heures, et alors il est gardé une, deux, trois et quatre heures de suite. Son introduction réveille, il est vrai, un sentiment de douleur, mais qui ne ressemble en rien aux souffrances aiguës caractéristiques de la maladie originelle.

En général, je laisse en place le dilatateur deux heures le matin et deux ou trois heures dans l'après-midi, ou dans la soirée, quelquefois plus longtemps. J'ai rencontré des malades qui le portaient six ou huit heures, et plus d'une fois la rapidité avec laquelle les plaies se cicatrisent m'a causé quelque étonnement ; il semblerait que la guérison est facilitée par la pression du tube de verre.

Je fais porter le dilatateur tous les jours, pendant deux ou trois

semaines, ou plus longtemps, jusqu'à ce que les parties soient complétement guéries et que toute sensibilité ait disparu.

Cet instrument n'est autre qu'un tube de verre d'environ trois pouces de long légèrement conique, ouvert par un bout, fermé par l'autre, et présentant un pouce un quart, ou un pouce un tiers de diamètre dans sa partie la plus large à son extrémité extérieure. Il porte sur un côté une dépression, ou sillon pour laisser place à l'urèthre et au col de la vessie.

L'ouverture de l'extrémité extérieure fait que la pression atmosphérique aide à le retenir facilement dans le vagin.

Quand le dilatateur est ferme aux deux bouts, il est beaucoup plus difficile de le tenir en place, même avec un bandage en T bien ajusté. La dépression réservée pour l'urèthre est très-importante ; elle évite de blesser cet organe.

Depuis, Sims s'est fait construire un dilatateur qui n'est autre qu'un tube conique dont l'orifice extérieur a ses bords rentrés en dedans, au lieu de les avoir évasés ; ce qui prévient la pression sur les lèvres.

Dans les cas où l'instrument est trop long, il cause de la souffrance par l'action qu'il exerce sur le col utérin. Dès lors il est nécessaire de le faire plus court et d'imprimer une légère courbure à la face inférieure.

J'ai opéré trente-neuf malades, ajouta Sims, avec un succès complet. Plusieurs cas étaient compliqués d'autres causes de stérilité, telles que menstruation pénible, coarctation de l'orifice, conicité du col, tumeur fibroïde, déplacement. Malgré cela six exceptions ont suivi l'opération ; quelques femmes, dont je n'ai plus entendu parler, ont probablement conçu. Elles ont habituellement été si satisfaites de la disparition du vaginisme qu'elles n'ont pris soin de s'astreindre à aucun traitement ultérieur, applicable à un état qui permettait d'attendre et de temporiser.

Je me suis astreint à transcrire ici tous les détails de l'opération de Sims ; car elle est restée jusqu'ici la ressource suprême dans les cas rebelles aux autres traitements.

On voit en définitive, que le chirurgien américain combine l'incision à la dilatation.

Il s'agit là d'une véritable opération sanglante, accompagnée par suite de tous les dangers auxquels expose l'intervention du scalpel. On conçoit ensuite que cette cicatrice circulaire, résultant du retranchement total de l'hymen, puisse donner lieu à des rétrécissements consécutifs du vagin ; et le tissu cicatriciel dont on provoque la formation au périnée diminue la souplesse de cette région qu'elle expose aux ruptures pendant l'accouchement.

Pour toutes ces raisons, la plupart des auteurs sont d'accord pour conseiller au début la dilatation seule.

Disons toutefois , avant d'aborder l'étude de cette dernière, que la simple incision de la muqueuse et de l'hymen a paru quelquefois suffisante.

Pouillet, de Lyon, a eu ainsi un succès complet.

On introduit pendant quelques jours une grosse mèche de charpie ou tout autre corps dans le conduit vaginal. Ce procédé paraît surtout utile, quand après le mariage il persiste de notables restes de l'hymen.

DILATATION.

Elle peut être progressive ou extemporanée.

Dilatation progressive. — On la fait avec une mèche de charpie belladonée, ou mieux encore, avec une éponge préparée, avec la racine de gentiane (Robert de Latour), avec des cylindres de caoutchouc qu'on insuffle (Péan).

Cette méthode, on le pressent, est très-douloureuse et peu efficace. Elle a échoué entre les mains de Lutaud où elle fut employée pendant deux mois.

Dilatation brusque. — Ce procédé fut institué dans le traitement du vaginisme, par analogie avec la dilatation forcée du sphincter anal dans le cas de contracture de ce muscle par fissure.

Dans la cystite du col de la vessie, on trouve au nombre des symptômes les signes d'une contracture du sphincter vésical. Pour la vaincre nous avons souvent vu M. Tillaux pratiquer ce qu'il appelait le massage du col de la vessie et sa dilatation forcée, en passant rapidement le plus grand nombre possible de bougies phéniquées. La

douleur et le spasme violents au début s'éteignaient progressivement, à mesure que le calibre des bougies augmentait.

Quoi qu'il en soit, la dilatation brusque du sphincter vulvaire dans le cas de vaginisme compte de nombreux succès. MM. Depaul, Richet, Verneuil, Delore, Tilt, Scanzoni en ont rapporté.

Cette dilatation se fait, dit Robert Barnes, en introduisant dans le vagin les deux pouces dos à dos et en les tenant écartés pendant quatre à cinq minutes. Ce dernier auteur paraît, du reste, préférer l'incision à la dilatation. Il emploie, en outre, pendant quelques heures chaque jour la dilatation de Sims, ou ce qu'il appelle son *repos vaginal* et qui n'est autre qu'une sorte de spéculum en vulcanite laissé à demeure.

Avant l'opération, on aura soin d'anesthésier la malade. La dilatation pourra se faire à l'aide d'un spéculum; le spéculum bivalve, par exemple, qu'on retire tout ouvert avec le spéculum d'Ambroise Paré, ou avec celui de Bozeman, que M. Gallard recommande comme dilatateur, parce que, dit-il, cet instrument très-petit de volume, lorsqu'il est fermé, a une grande force d'écartement; force qui agit d'ailleurs d'une façon continue et sans secousses. Il lui a dû le succès dans deux cas.

La dilatation forcée réussit surtout dans le vaginisme dû à une fissure.

Si, du reste, elle a eu des succès à son actif, elle compte aussi des insuccès. Sims en cite des exemples; M. Tillaux dit qu'il a vu échouer la dilatation forcée et l'incision de l'hymen combinées. Enfin la dilatation énorme produite par l'accouchement a été elle-même impuissante.

Dans le cas de contracture anale et vaginale simultanée, Jobert et Dolbeau ont fait la section sous-cutanée du sphincter anal, et il y a eu des cas de guérison totale.

M. Tarnier a échoué dans un cas semblable par la seule section du sphincter anal. Il fut obligé de sectionner le point d'entrecroisement des sphincters. La contracture anale disparut seule; le vaginisme persista.

Un médecin anglais, Tilt, recommande de traiter tout d'abord les maladies utérines ou vaginales qui peuvent exister, et après les avoir

guéries, de dilater de force l'orifice vaginal dans lequel il maintient, avec un bandage en T, une grosse mèche pendant quelque temps.

Scanzoni s'efforce de faire disparaître l'inflammation et la sensibilité de l'entrée du vagin, par des bains de siège, des saignées locales, des lotions, des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent. Il débute par l'emploi de l'éponge préparée à laquelle il substitue des spéculums de plus en plus volumineux.

Aux États-Unis, beaucoup de médecins emploient la dilatation, combinée avec l'usage d'injections, d'onctions, de suppositoires calmants. La créosote, l'atrophine, l'iodoforme, le stramoine, la jusquiame, la belladone, le laudanum entrent dans leur composition.

Demarquay et O. Saint-Vel ont eu des insuccès avec la dilatation. Pour eux, l'incision, la dilatation brusque ou progressive digitale, ou instrumentale, sont inutiles et par suite nuisibles. Il faut découvrir la cause anatomique, le substratum, si petit qu'il soit, du vaginisme et l'enlever. On explorera donc légèrement les parties affectées avec un petit spéculum ; on cautérisera tout point enflammé au nitrate d'argent ; on ébarbera, on excisera même la fissure ; on enlèvera toute tumeur douloureuse.

Voilà pour la partie chirurgicale.

On mettra dans le vagin des mèches enduites de composés calmants, mèches qui, en déplissant le vagin, atteindront la fissure cachée.

D'un autre côté, Visca rapporte des observations où la cautérisation employée dès le début a échoué.

M. Broca guérit un cas d'hypéresthésie excessive de l'entrée du vagin, en cautérisant la muqueuse vaginale avec le galvano-cautère, sans toucher au constricteur.

Les topiques, dit Lutaud, sont insuffisants, la plupart du temps ; du reste, il faut que le vagin veuille recevoir ces suppositoires ou ces cataplasmes vaginaux, lesquels donnent de bons effets, quand on a obtenu une certaine dilatation vaginale ; et il conclut à l'essai :

1° De la cautérisation de l'excision, des lotions astringentes ;

2° De la dilatation graduelle ou brusque ;

3° De la section dans les cas rebelles.

M. Bouchut rejette la dilatation forcée comme premier moyen (il

fait de même, dans la fissure anale), et dit avoir guéri souvent ses malades sans opération avec des suppositoires vaginaux au ratanhia et avec un bain de son d'une heure chaque jour.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Ce n'est pas en vain, dit M. Demarquay, qu'une femme souffre pendant des mois et des années des douleurs physiques et morales du vaginisme ; l'innervation de la région en est troublée ; comme dans les affections utérines et péri-utérines, on observe des troubles locaux à caractère névralgique, persistant après la disparition de l'élément primitif : un certain degré d'hypéresthésie, des douleurs vives le long du canal de l'urèthre jusqu'au col vésical, irradiations névralgiques dans les ovaires et le bassin.

Contre les phénomènes douloureux, il conseille les pilules de Méglin associées à de petites doses de sulfate de quinine, les injections hypodermiques de morphine, les suppositoires narcotiques, les mèches belladonées.

Aux troubles nerveux généraux compliquant le vaginisme et liés souvent à des troubles de la nutrition, on opposera les toniques et les reconstituants pharmaceutiques ou hygiéniques, et les eaux minérales sédatives de Néris, Luxeuil, Bagnères de Bigorre, etc. L'hydrothérapie est le moyen le plus puissant de rétablir l'état général troublé par les maladies chroniques des organes génitaux de la femme. Les procédés hydrothérapiques varieront suivant l'état du sujet.

Raciborscki et le professeur Lorain ont préconisé le bromure de potassium qui réussit dans l'œsophagisme, et qui peut être aussi utile contre la contracture anale. Ce médicament agit comme acinétique, en diminuant l'excitabilité du système névro-musculaire. Raciborscki le conseille surtout, quand il y a coïncidence de troubles menstruels.

Lutaud ne comprend guère l'utilité des narcotiques ; cependant il croit qu'on peut, quand la douleur est trop intense, user des injections d'atrophine ou de morphine. Il administre l'arsenic quand il y a traces d'herpétisme.

Scanzoni recommande de traiter surtout les complications de la

névrose. Dans tous les cas, dit-il, où le spasme est accompagné d'une congestion des organes pelviens, on fera une émission sanguine locale modérée; ce moyen suffit seul quelquefois pour enlever le mal. Il conseille ensuite l'opium et la belladone en lavements, des topiques narcotiques; s'il y a état chlorotique, il donne des ferrugineux. Dans un cas rebelle à tous les moyens, l'administration de deux à dix gouttes de liqueur de Fowler par jour déploya une activité surprenante. Il ajoute que le collodium sequinum, qu'on a tant préconisé contre le prurit vulvaire, s'est montré inefficace contre le spasme vaginal.

M. Guéneau de Mussy vante le traitement suivant :

1° Prendre avant chaque repas une cuillerée à soupe de la mixture :

Sirop d'écorce d'amandes amères .. }	ãã 150 grammes.
Sirop de quinquina .... }	
Arséniate de soude	0 gr. 05.

2° Introduire chaque jour dans le vagin le suppositoire suivant :

Beurre de cacao...........	2 grammes.
Bromure de potassium.....	0 gr. 50.
Extrait de belladone.......	0 gr. 01.

3° Dans les cas rebelles il injecterait quelques gouttes de la solution suivante :

Eau distillée..............	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 50.
Sulfate d'atrophine.........	0 gr. 01.

4° En dernier lieu il recourrait à la dilatation, mais il répugne à l'incision.

Il n'y a pas de traitement préventif dans une affection qui ne se peut prévoir, excepté cependant les ménagements à garder de la part du mari, et la question de la mauvaise pratique des voyages de noces (?) Le professeur Lorain insiste beaucoup sur ces deux points.

Certains moyens ont été conseillés pour permettre la fécondation malgré l'existence du vaginisme.

C'est ainsi que Visca parle d'un spéculum à trois valves, qui en s'ouvrant peut permettre l'intromission.

Certains médecins américains, notamment le Dr Thomas, de New-York, ont conseillé le coït pendant l'anesthésie. On connaît le cas rapporté par Sims, dans lequel un médecin fit pendant trois ans usage de l'anesthésie éthérée, pour permettre la fécondation d'une femme atteinte de vaginisme, laquelle du reste put accoucher deux fois, sans pour cela être guérie. Enfin tout rapprochement sexuel était interrompu depuis trois ou quatre ans, lorsque Sims pratiqua sa double incision sur les côtés de la fourchette, jusqu'au raphé périnéal, et fit cesser la maladie.

Nous répéterons, avec M. Courty, qu'on doit se contenter de connaître ces faits curieux, sans chercher à les produire, et qu'il faut trouver d'autres remèdes au vaginisme.

TRAITEMENT DE L'IRRITATION SPINALE LIMITÉE.

On sait quels avantages on retire dans l'irritation cérébro-spinale des révulsifs appliqués sur les points douloureux apophysaires. Player, Brown, Darwell, Parrish, Griffin, Teale et récemment Armaingaud les ont préconisés. Ces applications révulsives, dit M. Jaccoud, au premier rang desquelles je place les vésicatoires volants et la cautérisation ponctuée, paraissent exercer la plus favorable influence, non-seulement sur la douleur localisée, ou rayonnante, mais encore sur les phénomènes éloignés qui l'accompagnent. Je crois donc que ce moyen thérapeutique consacré par la tradition et l'expérience ne doit jamais être négligé.

Conduit par la théorie, M. Chéron a été amené à combattre le vaginisme en agissant sur la moelle. Pour cela, il a cherché à éteindre les points douloureux existant au niveau des 7e et 8e dorsales, au moyen de révulsifs. Les observations que je cite plus loin et qui lui appartiennent prouvent à quel point les faits lui ont donné raison. Une de ses malades surtout est curieuse à plus d'un titre. Cette malade fait une chute sur la région dorsale. Elle reste quatre mois à l'hôpital Beaujon souffrant beaucoup. Après ce temps elle peut sortir du lit,

où ses vives douleurs l'avaient confinée, et quitte l'hôpital sans souffrances spontanées. Or, elle s'aperçoit que la copulation est devenue impossible pour elle. Toute tentative vient échouer contre une douleur vive, accompagnée de spasme vulvaire. Conduite à Saint-Lazare, elle est traitée avec les suppositoires de M. Guéneau de Mussy, etc., etc., sans résultat pendant trois mois. On fit alors au niveau des 7e et 8e dorsales, qui étaient très-douloureuses, des applications révulsives, qui consistaient en punctures ignées pratiquées avec le thermo-cautère, tous les trois jours.

Au bout de huit à dix jours, une détente sensible s'était produite; après un mois elle supportait l'examen au spéculum; deux mois après, guérison absolue.

Ici donc un traumatisme portant sur la région dorsale de la moelle avait déterminé un vaginisme. Un traitement adressé exclusivement à la portion de moelle comprise au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales vint à bout du vaginisme et cela sans qu'on se fût occupé des parties frappées de spasme. Le traitement médical ordinaire avait été impuissant à déterminer la plus légère amélioration.

M. Landolt envoie à M. Chéron une femme alsacienne, nerveuse, très-impressionnable, mariée depuis cinq ans et pour laquelle toute cohabitation était impossible depuis le début de son mariage. Les vésicatoires, les pointes de feu dans les points déjà cités de la colonne dorsale, qui étaient douloureux, furent proposés et refusés. Des frictions avec un liniment chloroformé furent pratiquées sur ces points jusqu'à sensation de cuisson; en même temps, pour diminuer le pouvoir réflexe de la moelle, on donna 2 grammes de bromure potassique. Deux mois après, les rapports étaient redevenus possibles. Après un an, la malade se présentait guérie et enceinte de six mois. Depuis son accouchement on ne l'a point revue.

Une jeune fille atteinte de vaginite herpétique et de vaginisme fut modifiée rapidement par des applications chloroformées, pratiquées au niveau des 7e et 8e dorsales.

Une dame espagnole mariée depuis trois semaines, arthritique par hérédité, présentait une hypéresthésie très-vive de l'hymen. Le même moyen fut employé en même temps qu'un peu de pommade belladonée sur la vulve. Une semaine après, les rapports et avec eux la

défloration s'était accomplie, quoique avec un peu de douleur. La malade disait que les compresses chloroformées l'avaient détendue.

On trouvera du reste à la fin de ce travail le récit détaillé de toutes les observations dont je viens de parler, ainsi que d'autres, que je n'ai point mentionnées ici.

En résumé, comme on le voit, il a suffi de traiter la moelle pour avoir raison du vaginisme. Maintenant, quand on a eu affaire à des lésions importantes de l'appareil vulvo-vaginal, on a fait en même temps un traitement local, et rien d'ailleurs n'est plus rationnel. Dans les cas où les organes étaient sains, ou très-peu lésés, la moelle seule fut traitée, et le résultat n'en fut pas moins complet.

Et d'ailleurs, les soins accordés à la moelle ne donnent point d'excellents résultats rien que dans le seul vaginisme. Dans les affections du système utéro-ovarien, c'est la moelle lombaire qui est irritée par les excitations conscientes ou inconscientes, qui lui arrivent. Cette irritation se traduit par des points d'apophysialgie lombaire et par la névralgie lombo-abdominale. Or, en faisant disparaître par les révulsifs les points douloureux des vertèbres lombaires ainsi que la névralgie lombo-iliaque qui s'y ajoute souvent, on peut, sinon guérir ces maladies utéro-ovariennes, du moins permettre aux traitements soit locaux, soit généraux et diathésiques d'avoir une prise plus notable sur ces affections d'ordinaire si tenaces.

Nous avons entendu plusieurs fois citer par M. Chéron le cas d'une malade de Saint-Lazare, qui avait à plusieurs reprises subi l'amputation du col de l'utérus pour une hypertrophie qui se reproduisait après chaque opération. On calma la douleur rachidienne et tout allongement hypertrophique prit fin.

M. Chéron a été plus loin, il a reconnu que les affections du vagin déterminaient souvent une irritation médullaire dans la région correspondant à la vertèbre proéminente. Ces vaginites granuleuses à répétition, qu'on peut qualifier d'interminables, ne se sont plus reproduites sitôt que des applications de vésicatoires ou de teinture d'iode ont été faites au niveau de cette vertèbre douloureuse.

Donc, région lombo-sacrée pour les affections utéro-ovariennes ;

Huitième et septième vertèbres dorsales pour les affections vulvaires et le vaginisme en particulier ;

Vertèbre proéminente pour celles du vagin, tels seraient les points où devraient porter les révulsifs, dans les maladies des divers organes que je viens de nommer. Leur règle, dès qu'elles existent, est de produire des points douloureux en ces régions. La douleur a, d'ailleurs, souvent besoin d'être provoquée par la pression. Mais cependant, il y a des exceptions dans lesquelles il a été impossible de provoquer aucune douleur. Il est probable cependant que, dans ces cas, le passage de l'éponge mouillée d'eau tiède ou d'un faible courant électrique aurait pu la réveiller. Mais ces exceptions n'en ont pas été au point de vue thérapeutique, en ce sens que les révulsifs appliqués sur ces mêmes régions, cette fois indolores, ont produit encore d'excellents résultats.

Lutaud a étudié le point apophysaire dans les affections du foie et de l'estomac, et dans ces cas M. Chéron ne manque jamais de l'enlever, ou de l'atténuer par des révulsifs. Il obtient par ce procédé de très-notables améliorations dans les maladies douloureuses ou inflammatoires de l'estomac. Chez un malade atteint de cancer de cet organe, tourmenté par des vomissements terribles, et que MM. Gubler et Chéron soignaient ensemble, un petit vésicatoire placé sur un point d'apophysialgie dorsale supprima complétement le symptôme, dont l'origine devait être spasmodique ou inflammatoire. Le malade vécut un an et demi. D'autres médecins auraient, paraît-il, obtenu de bons résultats, en modifiant les points apophysaires dans la tuberculose.

Pour nous résumer, nous dirons que dans le vaginisme, il faudra tourner son attention et ses soins vers un organe tout à fait délaissé jusqu'à ce jour. Il sera nécessaire de chercher le long de la colonne vertébrale des points apophysaires douloureux et cela surtout au niveau des 7e et 8e dorsales. Nous conseillons si ces points douloureux ont été constatés, et alors même qu'ils n'auraient pas été trouvés, de faire, au niveau des vertèbres déjà nommées, des applications révulsives, qui pourront varier d'ailleurs, suivant la malade, et qui iront depuis la simple rubéfaction jusqu'à la cautérisation ponctuée, en passant par la vésication.

En même temps, ce même organe médullaire pourra être l'objet d'une médication interne, qui aura encore pour but d'en calmer l'hy-

perexcitabilité. Le bromure de potassium est en pareil cas un très-bon médicament. Par son radical métalloïdique, il agit sur la cellule médullaire, et par son métal, il agit sur le muscle sur lequel il exerce une influence paralysante.

Enfin, l'état local ne devra pas être négligé. C'est ainsi qu'on cautérisera les fissures ; qu'on enlèvera les névromes, ou autres tumeurs qui pourront être constatées ; qu'on traitera les affections utéro-ovariennes, vésico-uréthrales, ou anales, etc., qui pourront exister.

Les applications calmantes (suppositoires vaginaux, ou rectaux), les fomentations de même ordre, etc., aideront les autres moyens.

Nous croyons toutefois que si leur emploi est trop douloureux, il est préférable d'y renoncer. Nous pensons qu'il est du vaginisme comme de la contracture hystérique, de laquelle Brodie disait qu'elle était un *noli me tangere*. Il vaut souvent mieux l'attaquer par des chemins détournés.

L'état général de la malade peut être la source d'indications précieuses ; et si l'arsenic a donné de bons résultats, ce n'est probablement pas, selon nous, en agissant sur une prétendue diathèse herpétique, mais plutôt en combattant cette sorte de cachexie nerveuse irritable, dans laquelle tombe quelquefois cet ordre de malades.

A cette catégorie d'idées appartient l'emploi des stations hydrominérales citées plus haut, et enfin de l'hydrothérapie sédative pendant la période douloureuse de la maladie, plus ou moins excitante, après la guérison, suivant l'état dans lequel se trouvera le sujet.

CONCLUSIONS.

1° Le vaginisme est presque toujours symptomatique, l'hypéresthésie précède la contracture, et la contracture paraît quelquefois pouvoir survivre à l'hypéresthésie.

2° C'est une affection assez fréquente, qui se manifeste principalement à la suite des premiers rapports sexuels.

3° Le vaginisme est souvent lié à la dysménorrhée et aux troubles

de l'innervation générale. Sa condition génératrice est une hyperexcitabilité des cellules des cornes antérieures de la moelle, mise en jeu par une cause provocatrice variable, partie du territoire génito-urinaire ou rectal.

4° Il peut être considéré comme une forme limitée de l'irritation spinale, caractérisée par une apophysialgie siégeant au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales, et coïncidant avec un endolorissement des nerfs émergents en ces points ; symptômes qui suffisent pour bien caractériser l'affection médullaire en question. La coïncidence fréquente de névralgie lombo-abdominale, avec points apophysaires lombo-sacrés, doit être rapportée à l'existence fréquente aussi de lésions de l'appareil utéro-ovarien.

5° Il est toujours curable. La guérison est plus facile si le mal est récent.

6° Il est une cause fréquente de stérilité par obstacle aux rapports sexuels.

7° Le traitement du vaginisme, comme celui de toute affection des organes génitaux de la femme, est complexe, et doit comprendre : 1° le traitement de la portion de moelle irritée ; 2° le traitement de l'organe, qui a été le point de départ du spasme réflexe ; 3° le traitement de l'organe contracturé ; 4° le traitement de l'organisme.

8° Chacune de ces indications remplie seule a donné quelquefois des succès.

9° La révulsion, pratiquée au niveau des 7e et 8e vertèbres dorsales douloureuses ou non, devra être le premier moyen à mettre en usage, car il est de beaucoup le moins pénible, et paraît avoir été très-efficace toutes les fois qu'on en a usé. On l'unira à l'emploi de médicaments acinétiques, au bromure de potassium surtout.

10° La dilatation forcée et surtout l'incision doivent être regardées comme des ressources ultimes, seulement applicables aux cas rebelles au traitement médical.

MÉMOIRE

TROIS LAPAROTOMIES ANTISEPTIQUES POUR TUMEURS OVARIQUES ET UTÉRINES, RÉDUCTION DES PÉDICULES, GUÉRISON.

Par le docteur Eug. BŒCKEL, chirurgien de l'Hôpital civil.

Le traitement du pédicule des tumeurs ovariques est encore sujet à controverse, et a été dernièrement l'objet d'une discussion à notre Société de médecine. Les trois observations suivantes serviront d'appui aux opinions que j'ai soutenues à ce moment.

Obs. I.— *Ovariotomie simple.*— Caroline R..., âgée de trente-deux ans, de Ratt, près Wissembourg, est une grande brune, d'une bonne constitution, veuve et mère d'un enfant de onze ans. Depuis sept ans, elle sent dans la fosse iliaque droite une tumeur, ronde, mobile, que le Dr Schnell considère comme un kyste ovarique stationnaire. Cette tumeur grossit depuis quelques mois et remplit tout le ventre, de sorte que la malade se décide à entrer à la maison des Diaconesses de Strasbourg pour en être débarrassée. L'abdomen, très-fluctuant, a 1 mètre de circonférence au niveau de l'ombilic. Matrice très-mobile, à la hauteur normale. Menstruation régulière.

Ovariotomie le 9 *juillet* 1879, en présence de MM. les docteurs Jules Bœckel, Wolff, Ruhlmann, Lentz et de M. Netter interne de Paris, huit jours après la dernière époque menstruelle, avec les précautions de la méthode antiseptique. Spray phéniqué à vapeur. La malade a pris un bain et un purgatif les jours précédents.

Incision de 15 centimètres entre l'ombilic et le pubis. Ponction du kyste, dont on retire 9,400 centimètres cubes d'un liquide légèrement laiteux. Pas d'adhérences, le kyste se laisse attirer au dehors, le péritoine et les intestins sont rouges. Un serre-nœud à fil de fer, appliqué sur le pédicule et la trompe, est serré plusieurs fois, puis on perce le pédicule avec un trocart juste au-devant de la rainure du fil de fer, et on en lie séparément les deux moitiés avec un catgut n° 2. Quand le serre-nœud est enlevé, on entoure encore le pédicule en

bloc avec les bouts de l'un des fils de catgut. Le kyste est alors détaché par quelques coups de ciseaux, à 2 centimètres, au delà de la ligature, et le moignon est réduit dans le petit bassin.

C'est l'ovaire gauche qui avait formé le kyste ; l'ovaire droit renferme un caillot sanguin dans une vésicule de Graaf rompue. La matrice est épaisse, globuleuse, très-injectée à la surface.

La réunion de la plaie se fait au moyen d'une suture profonde, enchevillée avec fils d'argent et d'une suture superficielle avec des épingles.

Un tube de verre placé dans l'angle inférieur de la plaie plonge dans le bassin. Pansement avec mousseline phéniquée, ouate salicylique, imperméable, maintenue par un bandage de corps serré.

Dans la journée un seul vomissement ; pas de douleurs abdominales, ventre plat. Injection de 10 divis. de morphine le soir. Temp. du soir 37°,5.

10 *juillet*. La malade est calme, ventre plat et indolore à la pression. On aspire du tube de verre une cuillerée à café de liquide sanguinolent. Alimentation lactée.

Temp. matin, 38°. Soir, 38°,6.

11 *juillet*. Même état. Temp. matin, 38°,2. Soir, 38°,2.

On retire les épingles et le tube de verre.

12 *juillet*. La malade a du malaise ce matin et vomit une fois. Le ventre est moins plat qu'hier, mais toujours indolore à la pression.

Dans la journée les règles se montrent assez fortement dix jours trop tôt.

Temp. matin, 38°. Soir, 37°5.

13 *juillet*. Les règles continuent à couler, mais le calme est revenu ; la malade se sent bien ; l'incision est guérie.

15 *juillet*. La malade va bien ; on supprime la suture profonde, qui a à peine donné lieu à un suintement séreux. Le ventre est entouré d'une bande de sparadrap.

19 *juillet*. On administre une potion de magnésie, qui procure la première selle depuis l'opération. Le lendemain on permet de la viande.

24 *juillet*. La malade se lève pour la première fois. Par le toucher rectal on sent à gauche, au niveau du pédicule réduit, une légère induration du volume d'une amande, peu sensible à la pression.

La malade rentre chez elle le 10 août. Pendant le mois de novembre elle revient nous voir, jouissant d'une santé florissante et nous annonce qu'elle va se remarier.

OBS. II. — *Ovariotomie double, adhérence complète de la tumeur.* Femme Billmann, d'Ingolshein, près Wissembourg, âgée de cinquante-deux ans, mère de cinq enfants dont le plus jeune a dix-sept ans. Elle a été souvent malade d'une entérite, d'une fluxion de poitrine, et il y a trois ans d'une fièvre typhoïde. En 1870, à la suite des frayeurs de la guerre, la ménopause s'est établie subitement, sans incidents particuliers.

Depuis deux ans, la malade s'aperçoit que son ventre augmente rapidement de volume et que les jambes enflent. En janvier 1878, on lui fait une première ponction et en novembre une seconde.

Actuellement (août 1879) le ventre a de nouveau $1^{m},25$ de circonférence ; il est énormément distendu et pend sur les cuisses, recouvrant les parties génitales. L'ombilic est au niveau de la crête iliaque ; la malade ne peut uriner que par la sonde.

L'utérus ne paraît pas augmenté de volume ; il est assez fortement tiré vers en haut.

La femme est faible et ne mange que très-peu à cause de la distension du ventre. Elle est pâle et porte plus que son âge.

3 *août*. Je lui pratique une ponction sur la ligne blanche et retire 13 $^{1}/_{2}$ litres d'un liquide brun, visqueux, sans que le kyste soit vidé.

Dans sa partie gauche on sent des bosselures assez dures.

4 *août*. La malade se sent très-soulagée par la ponction ; elle peut manger, mais elle est faible.

Dans la soirée léger frisson suivi d'une grande faiblesse et d'agitation. La température n'est que de 38°,2. Rhum et vin.

5 *août*. La journée se passe sans incidents. Un peu de toux et sibilances dans la poitrine.

6 *août*. Nouvelle défaillance ce matin pendant quelques minutes. Le kyste se remplit de nouveau avec une grande rapidité et cette circonstance est probablement cause des défaillances.

Sur les instances de la malade je me décide à tenter l'opération malgré cet état général si précaire et la probabilité d'adhérences très-étendues.

L'*opération* est pratiquée le 7 *août* à la maison des Diaconesses avec l'aide de MM. les docteurs Jules Bœckel, Münch, Leutz, Pouhlmann et Kaltenthaler. On observe toutes les précautions de la méthode antiseptique. Spray phéniqué à vapeur.

En raison de la faiblesse de la malade on injecte une seringue de Pravaz d'éther sulfurique, au moment d'administrer le chloroforme.

Incision de l'ombilic au pubis. Le kyste est complétement adhérent à la paroi abdominale ; mais ces adhérences se laissent déchirer avec la main, non sans saigner, et nécessitent six ligatures perdues au catgut. En outre, un grand nombre de petits vaisseaux sont oblitérés par l'application prolongée de pinces hémostatiques. Grâce à la laxité de la paroi abdominale, on peut décoller le kyste jusqu'à la hauteur de l'estomac et du foie, sans prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic.

Le grand kyste part de l'ovaire gauche ; on lie son pédicule en deux parties, avec application préalable du serre-nœud. Un second kyste, du volume d'une tête de fœtus, occupe l'ovaire droit et est enlevé après une ligature unique du pédicule.

Toilette du péritoine avec des éponges phéniquées. Puis, application de deux sutures profondes enchevillées et de sutures entrecoupées superficielles. Deux tubes de verre, placés dans l'angle inférieur de la plaie, plongent dans le bassin de chaque côté de la matrice. Pansement antiseptique avec compression du ventre.

Après l'opération, qui a duré une heure un quart en tout, la malade est froide, presque sans pouls, quoiqu'elle ait relativement perdu peu de sang et qu'on lui ait injecté successivement cinq à six seringues d'éther. On la couche dans un lit chaud, la tête très-basse. Malaga et bouillon par cuillerées.

A trois heures de l'après-midi le pouls s'est relevé, la température est de 36°,5. Pas de nausées ; mais douleurs vives dans le ventre quand la malade tousse. Injection de morphine le soir.

8 *août*. La nuit a été bonne ; la malade a dormi. Ce matin le pouls est bien revenu, le ventre est enfoncé, mou comme un chiffon ; un peu sensible à la pression mais sans douleurs spontanées. La malade boit avec plaisir du bouillon, du lait et du vin.

9 *août*. Hier soir la malade a eu un accès d'oppression, causée par des coliques. Un injection de morphine lui procure du repos. Nuit bonne.

Ce matin ventre plat, beaucoup moins sensible à la pression qu'hier. Il part quelques gaz, un peu de liquide rosé dans les tubes de verre. La malade boit beaucoup de lait.

10 *août*. Hier soir la malade a eu une selle copieuse. Nuit assez bonne. Ce matin plusieurs selles liquides. Grande prostration. Pouls faible. Ventre peu sensible à la pression, un peu plus élevé qu'hier. On enlève les épingles et les tubes de verre.

Pot. opiacée.

12 *août*. Pas de selle depuis avant-hier soir. La malade va bien ce matin. Ventre presque insensible. On supprime l'une des sutures enchevillées. La plaie de l'abdomen est bien guérie, et entièrement sèche, on n'a plus besoin de changer la mousseline.

14 *août*. On enlève la deuxième suture enchevillée. La diarrhée a repris avec ténesme ; ventre un peu ballonné mais sans douleur à la pression. Cependant la malade se nourrit un peu, reste faible et a souvent des tranchées.

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE.

2	août	matin	37,3	soir	37,8	
3	»	»	37,4 ponction	»	38,4	
4	»	»	37,7	»	38,2	
5	»	»	37,4	»	37,9	
6	»	»	37,3	»	37,8	
7	»	»	36,9 ovariot.	»	36,5 à 3 h.	38,2 à 8 h.
8	»	»	37,6	»	38,8	
9	»	»	38,2	»	38,7	
10	»	»	37,8	»	38,6	
11	»	»	37,6	»	37,8	
12	»	»	37,6	»	37,8	
13	»	»	37,9	»	37,9	
14	»	»	37,7	»	37,8	

21 *août*. Toujours même état. La malade reste faible, a de la diarrhée et se plaint beaucoup de ténesme. En la touchant par le rectum, on trouve cet organe rempli de matières fécales molles qu'il faut extraire avec le doigt. Lavem., émoll., bismuth, opium.

2 *septembre*. Même état. On prescrit 10 grammes de manne dans du café noir tous les matins et 1-2 pillules d'opium dans la journée.

A partir de ce moment son état s'améliore, les selles deviennent fermes, le teint est meilleur, les forces reviennent.

Le 15 *septembre* elle se lève pour la première fois. A la fin du mois elle descend et remonte deux étages pour se promener dans le jardin par les beaux jours. On la garde encore dans l'établissement pour lui permettre de reprendre ses forces.

Le 25 *octobre* la femme reprend des coliques avec une constipation opiniâtre, le ventre est gonflé, tympanitique, sans douleur à la

pression. Il faut administrer de l'eau laxat. de Vienne et plusieurs lavements pour obtenir des selles.

En novembre il se joint à ces symptômes des vomissements fécaloïdes. On découvre plusieurs tumeurs dures dans le ventre.

Le 12 novembre la malade s'éteint avec des symptômes d'iléus.

Autopsie douze heures après la mort par le Dr Stilling. Des noyaux innombrables de sarcôme (à petites cellules rondes) de toute grandeur parsèment le péritoine pariétal et viscéral. Le colon transverse est plié en V dont le sommet est soudé au côté droit du pubis.

Noyaux métastatiques nombreux dans le foie. Une seule masse de sarcôme assez volumineuse dans la rate. Dégénérescence sarcomateuse des glandes aortiques et mésentériques. Rien dans les reins, ni le cœur ni les poumons. On ne trouve pas trace du catgut des ligatures.

Obs. III. — *Tumeur fibro-cystique pédiculée de la matrice, simulant un kyste multiloculaire. Extirpation. Guérison.* — Madame K.., âgée de trente-trois ans, de Wissembourg, est accouchée il y a dix ans d'un enfant mort et n'est plus devenue enceinte. Son mari est mort il y a cinq ans. Elle était régulièrement menstruée pendant quatre à cinq jours et jouissait d'une bonne santé.

Depuis le mois de *mai* 1879 son ventre commence à grossir : les règles continuent à se montrer tous les mois et sont même plus abondantes, elles durent six à huit jours. Néanmoins plusieurs médecins la soupçonnent enceinte, à cause d'une tumeur ovoïde assez saillante qui remplit le ventre.

En *février* 1880 elle consulte le professeur Aubenas qui diagnostique une tumeur probablement ovarique et l'engage à se faire opérer.

Le 8 *mars* après une menstruation abondante, ayant duré plus de huit jours et accompagnée de vomituritions et de douleurs abdominales, j'examine la malade à la maison des Diaconesses.

Le ventre renferme une tumeur ovoïde assez ferme et saillante qui remonte à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic. Elle est obscurément fluctuante et présente quelques bosselures à gauche. L'abdomen a 88 centimètres de circonférence. Le col est court, entr'ouvert, assez haut. La matrice est mobile et la sonde utérine y pénètre à 8 centimètres de longueur. État général bon, face colorée, pouls assez petit. Purgatif le 9 mars.

Opération le 10 *mars* avec l'assistance ordinaire et les précautions antiseptiques de rigueur.

Incision de la ligne blanche, ponction de la tumeur, qui ne fournit que peu de liquide.

Pas d'adhérences. La tumeur ne se vidant pas ne peut sortir par l'incision ; il faut prolonger cette dernière par en bas et contourner l'ombilic par en haut, avant de pouvoir attirer la masse au dehors. On reconnaît alors qu'elle tient à l'angle supérieur gauche de l'utérus par un pédicule gros comme trois doigts et long de 3 à 4 centimètres.

La matrice est rouge très-injectée. Le pédicule est saisi à quelque distance de l'utérus dans un serre-nœud que l'on resserre à plusieurs reprises. Puis il est lié en deux portions avec du catgut qu'on ramène encore autour des deux moitiés. Enfin on coupe la tumeur à 2 centimètres plus loin, en empiétant sur sa base. Le péritoine est ramené par-dessus la surface de section au moyen d'une suture en surjet avec du catgut très-fin.

L'ovaire droit est sain ; on ne recherche pas l'ovaire gauche, parce que l'on ne se rend pas encore bien compte de la nature de la tumeur.

Réduction du pédicule. Toilette du péritoine. Deux sutures enchevillées, profondes, épingles superficielles. Tube de verre dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement antiseptique compressif du ventre. Durée de l'opération : une heure.

La tumeur, examinée par le professeur de Recklinghausen, est un *cystofibrome pédiculé de la matrice.* Elle renferme dans le pédicule surtout, une enveloppe de fibres musculaires lisses. Sa masse est constituée par un tissu fibreux aréolaire, creusé de loges irrégulières, sans parvis, organisées et contenant un liquide jaunâtre, qui se coagule à l'air (lymphe fibrineuse).

A la suite du chloroforme la malade vomit toute la journée de demi-heure en demi-heure un peu de liquide bilieux ; dans l'intervalle elle ne souffre pas. T. soir 37°.

11 *mars.* Les vomissements ne cessent qu'aujourd'hui à midi à la suite de sinapismes et d'une injection d'éther. On retire du tube de verre une cuillerée de sang noir et épais.

T. matin 37°,2 ; soir 37°,4.

12 *mars.* La malade se trouve bien, ne se sent pas faible. Ventre plat, presque insensible à la pression, Miction spontanée. On retire encore une cuillerée de sang noirâtre du tube de verre. Bouillon, lait, vin.

T. matin 36°,7 ; soir 38°.

13 *mars*. Il y a encore un peu de sang noirâtre dans le tube. Suppression des épingles.

Dans la soirée la malade éprouve du ténesme et rend quelques glaires sanguinolentes par le rectum et le vagin. Injection de morphine.

T. matin 37° ; soir 37°,9.

14 *mars*. On supprime le tube de verre qui ne renferme plus que de la sérosité. La malade se sent bien, sauf le léger ténesme qui accompagne l'expulsion des glaires.

T. matin 37°,3 ; soir 37°,5.

17 *mars*. MM. les Drs Willemin (de Vichy) et Tachard, médecin-major, examinent la malade. L'ouverture occupée pendant quatre jours par le tube de verre s'est fermée sans une goutte de pus. Le ventre est plat et indolore. La plaie est guérie. On retire les sutures profondes.

18 *mars*. La malade n'a pas eu encore de selles depuis l'opération, quoiqu'elle ait rendu des gaz. On prescrit 10 grammes d'huile de ricin qui provoquent trois selles. Beafsteaks.

19 *mars*. Guérison complète, la malade se lève.

Si j'ajoute à ces trois cas deux ovariotomies faites par M. Jules Bœckel d'après le même procédé (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1880, p. 28), nous avons une série de cinq opérations avec ligature au catgut et réduction du pédicule, toutes suivies de succès.

L'épreuve me paraît suffisante pour encourager les chirurgiens à se servir de fil de catgut, de préférence aux autres agents de déligation ; car le catgut se résorbe en totalité en très-peu de temps, tandis que les autres fils s'enkystent simplement et sont souvent éliminés au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, en causant un abcès. (V. discussion de la Soc. de méd. du 5 fév. 1880.)

Seulement pour arriver à étreindre le pédicule à un degré suffisant avec du catgut, il faut y appliquer préalablement un serre-nœud à fil de fer, qu'on maintiendra plusieurs minutes en place, en serrant la vis à différentes reprises. Alors seulement on appliquera le catgut dans la rainure du fil de fer, et l'on enlèvera ce dernier.

Ce procédé a été indiqué sommairement par M. Labbé, de la Société de chirurgie de Paris, en novembre 1879, mais sans expérience personnelle. A ce moment nous l'avions déjà appliqué quatre fois avec succès, en juin et juillet de la même année.

Ces précautions nécessaires pour l'emploi du catgut ne constituent

pas une infériorité à ce fil. Avec la soie on n'arriverait pas à lier plus sûrement le pédicule à moins de tasser préalablement les tissus avec un serre-nœud.

Tous les chirurgiens qui ont essayé successivement les différentes méthodes d'ovariotomie reconnaîtront avec l'illustre Spencer Wells que la méthode antiseptique, avec ligature au catgut et réduction du pédicule, est de beaucoup la plus sûre et la plus simple.

(*Gazette médicale de Strasbourg*.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 *avril* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

DE LA FOLLICULITE CHANCREUSE DE LA VULVE OU DU CHANCRE MOU FOLLICULAIRE.

M. Gouguenheim, en son nom et au nom de son interne M. Bruneau, lit un travail sur ce sujet.

Dans le cours de l'année 1879, nous avons eu l'occasion d'observer, à Lourcine, une femme atteinte de folliculite aiguë suppurée, telle qu'elle a été décrite par Huguier. Un peu plus tard, une autre femme nous présenta les mêmes symptômes ; un doute traversa notre esprit, et nous nous demandâmes si nous n'étions pas en présence d'une variété spéciale de chancre simple. L'inoculation confirma nos soupçons. Depuis, nous avons eu d'autres cas analogues et M. Fournier nous en a communiqué plusieurs observations. Les recherches que nous avons faites et les inoculations que nous avons

pratiquées n'ont fait que confirmer notre manière de voir. Ces faits ne tendent donc à rien moins qu'à donner une interprétation nouvelle à une affection décrite jusque-là sous le nom de *folliculite vulvaire aiguë simple*.

Historique. — Le mémoire de Huguier, en 1850 (voyez *Gazette des Hôpitaux*, 1850), a été le premier travail important fait sur cette question. Les auteurs qui l'ont suivi n'ont fait que reproduire ses descriptions. L'article *Chancre* du Dictionnaire de Jaccoud, par M. Fournier, le *Traité des maladies vénériennes* de Julien, sont les seuls travaux où il en soit fait mention.

Étiologie ; siège. — Le chancre mou folliculaire est le résultat d'un contact direct ; il semble plus spécialement localiser son action sur les éléments pilo-sébacés du tégument externe. Les boutons caractéristiques occupent de préférence la face externe des grandes lèvres, leurs bords antérieurs, plus rarement la face muqueuse de la grande lèvre, les plis génito-cruraux, les parties supérieures des cuisses, la rainure interfessière, les plis radiés de l'anus.

Symptômes. — Quand la folliculite chancreuse est à l'état isolé, la douleur fait défaut. Au début, quelques démangeaisons, de la cuisson, un sentiment de légère tension ; quelquefois même il passe inaperçu. Il en est tout autrement quand avec la folliculite coïncide la vaginite aiguë ; dans ces cas, le contact du pus vaginal avec les boutons hâte leur évolution et détermine de vraies cuissons.

La folliculite chancreuse se caractérise de la façon suivante : sur la face externe des grandes lèvres apparaît un point rouge, circulaire, papuleux, gros comme une tête d'épingle. Ces papules sont tantôt isolées, tantôt multiples. Souvent leur partie centrale livre passage à un ou plusieurs poils ; d'autres fois, elle présente en son milieu un fin pertuis. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, la papule augmente de volume ; son cercle devient saillant, tandis que son centre se déprime. Tantôt cette dépression est produite par la rupture d'une vésico-pustule blanchâtre qui laissait échapper un liquide séro-purulent ; tantôt au contraire elle se fait lentement. En l'espace de cinq ou six jours ces boutons atteignent, les plus petits, le volume d'une lentille, les plus gros, celui d'un haricot. L'ouverture centrale

est cratériforme, à bords taillés à pic et comme déchiquetés; ou bien le pertuis punctiforme du début s'est simplement agrandi au point de laisser passer un stylet. Au toucher, le bouton est dur, roule sous les doigts; la pression, un peu douloureuse, en fait sortir un liquide purulent peu abondant. Le nombre de boutons varie de cinq à vingt.

La folliculite peut-elle déterminer de l'adénite inguinale? Dans les observations où elle existait seule, il n'y avait pas d'adénite. Dans certains cas, on constata en même temps qu'elle un nombre considérable de chancres mous formant collerette.

Marche. — Elle est variable, suivant les cas : tantôt la lésion perd sa forme boutonneuse pour revêtir les caractères du chancre simple ordinaire; la partie centrale du bouton se creuse et la sécrétion devient abondante; quelquefois plusieurs boutons voisins se rejoignent et forment une seule ulcération; c'est dans ces cas qu'on observe assez souvent l'apparition d'une adénite subaiguë. Dans d'autres cas, l'état boutonneux persiste tout le temps, et la lésion, à aucun moment, ne présente les caractères du chancre mou ordinaire; la partie centrale du bouton sécrète fort peu; le fond est rempli par une masse jaunâtre qui s'élimine lentement; ensuite le bouton s'affaisse et l'induration tend à disparaître; il ne reste plus alors qu'une dépression étoilée ou une tache violacée.

Durée. — Quand la folliculite a pris les caractères du chancre mou ordinaire, elle en suit la marche; quand elle reste à l'état boutonneux, elle dure de trois à quatre semaines.

Résultats fournis par l'inoculation du chancre mou folliculaire. — Il est des cas où l'inoculation n'est pas nécessaire pour le diagnostic; il en est d'autres où celui-ci est impossible sans elle. Elle a donné des résultats positifs dans quelques cas où la lésion ne présentait aucun des caractères du chancre mou. Il s'est écoulé parfois un temps considérable entre l'inoculation et ses résultats, contrairement à ce qu'ont écrit les auteurs sur ce sujet. Cependant M. Fournier, dans l'article *Inoculation* du Dictionnaire de Jaccoud, fait bien remarquer que, sans cause appréciable, l'inoculation, dont les effets sont habituellement immédiats, retarde parfois ces

effets jusqu'à deux, trois, quatre et cinq jours. Nos expériences semblent constituer une exception peut-être plus fréquente en ce qui concerne le chancre mou folliculaire. Dans plusieurs cas nous avons compté neuf, douze, quinze et même dix-huit à vingt jours d'incubation. Cette différence n'a pas jusqu'ici reçu d'explication.

Diagnostic. — Il résulte de nos faits que la plupart des cas décrits par les auteurs sous le nom de folliculite simple n'étaient autre chose que des chancres mous folliculaires. En effet, même aspect, mêmes symptômes, même marche ; toutes ces observations, d'ailleurs, manquent du critérium nécessaire, l'inoculation.

MM. Gouguenheim et Bruneau abordent ensuite le diagnostic de la folliculite chancreuse avec les diverses variétés de folliculite syphilitique, telles que la folliculite à forme sèche hypertrophique qui se distingue en ce qu'elle n'a pas toujours un aspect boutonneux bien net, en ce que les caractères inflammatoires font défaut, enfin par sa transformation en tubercules, puis en plaques muqueuses, de la folliculite ulcéreuse abcédée ou suppurative beaucoup plus difficile à distinguer et pour laquelle l'inoculation doit être le seul juge; enfin une certaine forme de syphilide ulcéreuse tertiaire qui se distingue par la marche de l'ulcération, son aspect plus irrégulier et plus déchiqueté, et surtout par les effets négatifs de l'inoculation. L'herpès de la vulve est facile à distinguer de la folliculite chancreuse. Il en est de même des plaques muqueuses des furoncles, etc.

Traitement.—Les auteurs ont obtenu des résultats très-satisfaisants en badigeonnant les parties malades avec une solution de nitrate d'argent au cinquième, et recourant à un pansement avec la poudre d'iodoforme dans les cas où l'ulcération s'étend et où la suppuration devient plus abondante.

En résumé :

1° La folliculite chancreuse, ou chancre mou folliculaire, est une affection qui atteint plus souvent la peau externe des grandes lèvres.

2° Cette lésion présente un caractère boutonneux folliculaire tout

spécial qui l'a fait souvent confondre avec la folliculite aiguë simple.

3° L'état folliculaire peut se maintenir pendant toute la durée de la maladie.

4° Il peut disparaître après quelques jours et la lésion prendre l'aspect du chancre simple vulgaire.

5° La coïncidence du chancre simple ordinaire avec le chancre folliculaire est fréquente.

6° La folliculite chancreuse peut exister indépendamment de toute autre ulcération.

7° Les complications du côté des ganglions de l'aine sont rares.

8° La folliculite chancreuse évolue en l'espace de trois ou quatre semaines.

9° Le chancre mou folliculaire est inoculable.

10° L'inoculation, contrairement à ce qui arrive presque toujours pour le chancre mou ordinaire, nous a présenté, dans quelques cas, une période d'inoculation dont la durée s'étend de huit à vingt jours.

11° Le diagnostic de la maladie, quand elle n'est pas accompagnée du chancre mou, est impossible sans l'inoculation.

12° La plupart des observations de folliculite vulvaire aiguë simple suppurée, reproduites par les auteurs sans le critérium de l'inoculation, doivent être regardées comme des cas de folliculite chancreuse.

13° L'existence de la folliculite vulvaire aiguë simple suppurée est donc hypothétique.

14° La folliculite secondaire suppurée pourrait bien n'être qu'un chancre mou folliculaire évoluant sur un terrain syphilitique.

DISCUSSION.

M. Fournier : M. Gouguenheim fait, à mon sens, un peu trop bon marché de la folliculite aiguë simple, et, sur ce point, je diffère d'opinion avec lui. La folliculite simple inflammatoire est, à la vérité, peu fréquente, mais elle existe, et j'en pourrais citer des exemples qui ne sauraient être confondus avec la folliculite chancreuse. Elle s'en distingue en ce que les mamelons sont bien moins gros, en ce que la résolution de l'affection se fait plus vite, en ce qu'elle se résout spontanément sans dégénérescence chancreuse, enfin en ce

qu'elle fournit un pus qui ne s'inocule pas. L'authenticité de la folliculite aiguë simple est donc indiscutable.

Dans la communication de M. Gouguenheim se trouve un fait particulièrement intéressant, celui des inoculations tardives du chancre simple ; ainsi il est un cas dans lequel l'inoculation ne s'est faite qu'au bout de vingt jours ; ce sont là des faits exceptionnels. Quand nous inoculons le chancre simple, dès le lendemain apparaît l'ulcération caractéristique. J'avais pensé que cette différence pourrait être expliquée par le procédé d'inoculation ; en effet, si l'inoculation est sous-épidermique, c'est-à-dire si on l'a faite en tenant la lancette à plat, l'ulcération apparaît dès le lendemain ou quarante-huit heures après ; si, au contraire, elle est faite obliquement ou perpendiculairement, si elle est profonde, en un mot, ce n'est qu'après trois, quatre, cinq ou six jours qu'apparaît l'ulcération. Les effets objectifs de l'inoculation sont donc d'autant plus tardifs qu'elle est plus profonde. Mais, dans les faits de M. Gouguenheim, ce retard de huit jours, de quinze jours et même de dix-huit jours ne peut être expliqué par les différences du procédé d'inoculation. Il y a donc là une inconnue.

La syphilis détermine deux variétés de folliculite : 1° la folliculite hypertrophique sèche, caractérisée par une série de petits mamelons hémisphériques, plats, rouges, indolents, multiples et présentant comme signe pathognomonique une ombilication au sommet même de la papule ; très-fréquemment on voit sortir un poil par ce point ; 2° la folliculite ulcéreuse, qui est la même, abcédée, puis ulcérée. Cette folliculite ulcéreuse se distingue du chancre simple par son évolution et par l'inoculation. Il est, en outre, une forme particulière, la folliculite agminée, dans laquelle plusieurs de ces lésions se trouvent côte à côte et finissent par se toucher en formant une tumeur frambœsoïde dans laquelle on ne reconnaît plus les follicules primitifs. Cette lésion est extrêmement rare.

Il résulte des recherches histologiques que j'ai faites sur ces lésions, qu'elles sont périfolliculaires et non folliculaires. Il n'y a rien dans la glande, tout se passe autour. C'est donc plutôt une périfolliculite qu'une folliculite.

M. Gouguenheim : Dans les cas décrits sous le nom de folliculite simple, il n'y a pas eu d'inoculation ; il n'y a donc pas de certitude absolue, et j'ai le droit de les mettre en doute ; mais je ne nie pas l'existence de la folliculite simple.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 juillet 1879.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

EFFACEMENT DU COL PENDANT LA GROSSESSE,

Par PAUL BAR, interne des Hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique le col de l'utérus recueilli à l'autopsie d'une femme enceinte de six à sept mois qui a succombé il y a cinq jours à la suite d'un accident, dans le service de M. Cornil, à l'hôpital Saint-Antoine. Pendant les deux jours qui ont précédé la mort et qui ont suivi la chute qui en a été la cause, j'ai examiné avec soin l'état du col utérin. J'ai pu constater l'absence de tout travail et pu très-nettement sentir un orifice qui me semblait fermé et situé à 1 centimètre et 1/2 environ au-dessus de l'orifice externe. Je pensais que c'était là l'orifice interne du col.

A l'autopsie, j'ai pu reconnaître, et cela se voit encore très-bien sur cette pièce, que la partie supérieure de la cavité cervicale, caractérisée par la présence de l'arbre de vie, était en rapport avec les membranes de l'œuf, et se continuait par un anneau rétréci avec la partie inférieure du col.

Il me paraît évident, et je pense que telle sera votre opinion, que dans notre cas, bien qu'il *n'y ait pas eu de travail*, bien que la malade *ne fût enceinte que de sept mois au plus*, il y avait déjà *effacement du col.*

Je n'insisterai pas autrement sur cette présentation, me réservant d'y revenir avec plus de détails, quand j'aurai pu faire un exame- histologique complet de ces pièces anatomiques.

(*Progrès médical.*)

REVUE DE LA PRESSE

NÉVRALGIE PELVIENNE DUE A LA DÉCHIRURE DU COL UTÉRIN,

Par GAILLARD THOMAS.

Pour montrer combien est important le rôle que les Américains attribuent aux déchirures du col de la matrice, nous donnons l'observation suivante extraite d'une leçon clinique professée à New-York par Gaillard-Thomas.

Il s'agit d'une nommée Bridget R..., native d'Irlande, âgée de trente et un ans. Cette femme est mariée depuis douze ans, elle a eu six enfants et une fausse couche. Son dernier enfant a trois mois, et c'est depuis trois mois qu'elle ressent son mal. Nous constatons, en effet, si souvent que les affections particulières aux femmes datent de leur parturition. Elle se plaint d'une douleur intense, constante et limitée à la partie inférieure du ventre, douleur qu'elle a constamment ressentie depuis la naissance de son enfant. Elle ne souffre absolument de rien d'autre, elle est autrement parfaitement bien portante.

Bien que cette douleur soit bien localisée pour elle, cependant lorsque j'explore, par palpation externe, le siège du mal tel qu'elle me l'indique, je ne trouve rien d'anormal en cet endroit, je n'y provoque aucune douleur même à l'aide d'une forte pression. Afin de découvrir, si possible, quelle peut être la cause de son mal, je fais un examen vaginal, la patiente m'ayant d'ailleurs dit avoir été examinée antérieurement par un médecin, qui lui aurait dit qu'elle portait des « ulcères à la matrice ». A peine le doigt a-t-il touché le col, que je reconnais une large déchirure du col s'étendant jusqu'à sa jonction avec le vagin ; telle était sans doute l'explication de l'ulcère que l'on avait cru trouver. A part cela il n'y a rien d'anormal dans les organes pelviens, si ce n'est que la matrice est légèrement antéversée.

Sommes-nous arrivés au diagnostic du cas ? Je le pense ; car je suis pleinement convaincu que la douleur constante dont elle se plaint est réellement une névralgie réflexe due à l'état pathologique

du col. Mais, me direz-vous, ne nous avez-vous pas dit que la matrice était légèrement antéversée ? Oui ; mais cet état est dû aussi, je pense, à la lacération du col. La déchirure a entretenu constamment un engorgement sanguin de l'utérus, qui, en conséquence, devenant plus lourd qu'il ne devrait l'être, a basculé en avant et est resté dans cette position.

Quelques mots encore du traitement. Puisque, selon nous, la névralgie réflexe dépend de la déchirure, le seul moyen de guérison consiste à opérer et à fermer cette déchirure. Si notre diagnostic est exact, nous sommes tout à fait aussi sûrs d'enrayer la douleur, que le fait l'extraction d'une dent dans le cas de névralgie sous-orbitaire due à la présence de cette dent dans la bouche. Dans les deux cas, la douleur peut ne pas disparaître tout à coup, bien que la cause réelle soit enlevée, mais, en tout cas, elle disparaîtra graduellement. Si l'opération pour l'occlusion de la déchirure est faite ici, je suis certain que la patiente sera complétement débarrassée de son mal. Le foyer d'irritation aura été enlevé, et l'utérus reprendra sa position naturelle, parce que la cause de la congestion aura disparu.

Ceci n'est pas un cas isolé. Si cela était je ne serais pas si pressé d'attribuer tout le mal à la déchirure du col (bien qu'elle soit étendue); mais j'ai vu un si grand nombre d'exemples analogues, dans lesquels un soulagement complet suivait l'opération, que je puis en parler avec la plus grande confiance.

(*Bulletin de la Soc. de méd. de Gand.*)

UN UTÉRUS OSSIFIÉ.

On trouve à l'amphithéâtre de Louisville, dans la partie inférieure de la cavité abdominale d'une négresse de soixante-cinq à soixante-dix ans, une tumeur entourée d'une quantité de matière lâche au milieu de laquelle se trouvaient quinze à vingt fibroïdes du volume d'un pois à celui d'un œuf de poule, durs et en forme de poire ; en ouvrant cette masse, on y trouva un enfant bien conformé et bien conservé, paraissant à terme, se présentant par le siège à cause de l'union intime entre le fœtus et la face interne de son enveloppe, il était impossible de les séparer sans les endommager tous deux.

L'examen microscopique fit voir que l'enveloppe était constituée par du tissu osseux.

Le D[r] Williams conclut de la forme de l'enveloppe osseuse, de la nature de son contenu, de sa position dans le pelvis, de ses rapports avec le vagin, de la présence de fibroïdes et de l'absence de tout organe ressemblant à la matrice, à un exemple d'ossification de l'utérus. (*The Lancet.*)

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME.

M. Mondot, qui a été pendant dix ans à la tête du dispensaire de Montpellier, divise les causes de la stérilité en quatre classes : 1° il n'y a pas de production d'ovules ; 2° les ovules ne sont pas aptes à être fécondés ; 3° les œufs ne peuvent pas être fécondés ; 4° les ovules fécondés ne peuvent pas continuer à se développer.

Les vices de conformation de la vulve, du vagin, de l'utérus, des ovaires et des trompes sont évidemment des causes matérielles qui rendent fatale la stérilité jusqu'à ce que l'intervention chirurgicale y ait remédié.

Les maladies de la vulve et même l'uréthrite sont rarement cause de stérilité même passagère. Il n'en est point de même de la vaginite, surtout d'origine blennorrhagique, alors même que c'est comme cadeau de première nuit de noces que la femme en a été atteinte. Sur vingt-sept cas analogues relevés dans sa pratique, M. Mondot a constaté vingt cas de stérilité chez des femmes qui n'avaient réclamé les secours médicaux qu'à la période de chronicité de la maladie, tandis que, sur les sept autres qu'il a traitées dès le début, toutes ont eu des enfants au bout de deux ou cinq ans.

La vaginite granuleuse abandonnée à elle-même, surtout chez une femme scrofuleuse, peut produire des brides cicatricielles, des indurations, des hypertrophies et quelquefois même des soudures des parois du vagin qui rendent bien problématique la fécondation. De même les cautérisations inexpérimentées, les applications de perchlorure de fer (comme nous en avons observé un cas), etc.

La stérilité produite par les kystes et les polypes du vagin cesse avec l'opération qui les fait disparaître.

Ce sont les maladies de l'utérus qui causent le plus fréquemment la stérilité. Sur 750 cas de stérilité, 362 provenaient d'antéversions et autres déviations; 118 d'inflammations diverses; 51 de tumeurs utérines; 2 d'absence de l'utérus; 217 de causes méconnues. Dans ces diverses lésions, la stérilité survient de trois manières différentes: 1° l'état de l'ouverture du col, de sa cavité, ou celle du corps, ne permet pas le passage des spermatozoïdes; 2° l'ovule fécondé ne peut pas se greffer sur la muqueuse utérine malade; 3° l'ovule ne peut pas se développer dans un organe malade et qui ne s'approprie pas à son évolution.

N'oublions pas cependant que la cause de la stérilité ne se trouve pas toujours. Des femmes bien conformées, dont toutes les fonctions s'exécutent normalement, sont parfois encore stériles, même avec des hommes jouissant de tous les attributs d'une santé parfaite.

(*Gaz. méd.*)

JOURNAL D'ACCOUCHEMENT, ÉCHO DE LA MATERNITÉ DE LIÈGE.

Maternité de Bruxelles. Accouchement laborieux. Présentation transversale du fœtus. Terminaison par évolution spontanée. Enfant vivant. — Guérison de la mère; par mademoiselle de Mœrloose, sage-femme en chef de la Maternité de Bruxelles.

Dans le courant du mois de février dernier nous avons eu l'occasion de constater un fait assez rare dans la pratique obstétricale, c'est l'évolution spontanée suivie de l'expulsion d'un enfant *vivant*.

Nous savons qu'il y a des circonstances éminemment favorables à ce mode de terminaison, telles sont: l'avortement, l'accouchement prématuré, la putréfaction avancée du fœtus, l'amplitude exagérée du bassin; mais ici aucune de ces conditions n'existait; la femme touchait au terme de la grossesse, l'enfant était vivant, le bassin avait sa conformation normale. Voici du reste les détails de cette observation:

Le 14 février à onze heures du matin, se présente à la Maternité la nommée Anne-Marie M..., âgée de vingt-quatre ans, sur le point d'ac-

coucher pour la troisième fois. Elle n'accuse aucune douleur, mais déclare avoir perdu les eaux pendant la nuit précédente, ce qui l'a engagée à se faire conduire à l'hospice.

Nous examinons la femme, au moment de son entrée et nous constatons que le vagin est lubrifié par le liquide amniotique qui s'écoule d'une manière permanente. Le col de la matrice a conservé toute sa longueur, il est mou et son orifice permet l'introduction d'un doigt d'adulte. La partie fœtale est pour ainsi dire inaccessible; nous parvenons non sans peine à atteindre une petite surface irrégulière appartenant selon toute probabilité, à quelqu'un des membres de l'enfant.

Il y a absence presque complète de contractions, et rien, dans l'état général de la femme, pas plus que du côté des organes génitaux, n'indique une intervention quelconque pour le moment ; aussi, nous bornons-nous à prescrire le repos au lit et à nous tenir dans une sage expectative.

Dans le courant de l'après-midi, les douleurs se déclarent ; elles augmentent rapidement en fréquence et en intensité, bientôt même elles deviennent violentes et continues, s'irradiant surtout vers la région lombaire. Dans le cas de l'espèce, les modifications du col ne sont pas toujours en rapport avec l'acuité des contractions et il arrive souvent que la matrice s'irritant contre la persistance du mal ne tarde pas à entrer dans un état de tension, voisin du tétanos. C'est ce qui a eu lieu ici.

Nous faisons mettre la femme dans un grand bain et durant celui-ci des irrigations vaginales sont faites au moyen d'un injecteur dans le liquide du bain ; après trente à quarante minutes de séjour dans l'eau, la parturiente en est retirée ; elle est entourée d'une couverture de laine et remise au lit. Une abondante transpiration s'établit bientôt. Deux lavements, contenant chacun vingt gouttes de laudanum, sont ensuite administrés à une demi-heure d'intervalle.

Ce traitement amène un calme relatif et permet à la patiente de se reposer quelque peu.

Quelque peu, en effet, car dans le courant de la soirée les douleurs momentanément assoupies se réveillent plus puissantes que jamais, et cette fois amènent des progrès réels dans la marche de l'accouchement. En moins d'une heure le col s'efface et se dilate pour ainsi dire complétement.

L'enfant, comprimé de toutes parts depuis le début du travail, était

comme tassé sur lui-même et se présentait d'une façon bizarre : au niveau du détroit supérieur, immédiatement derrière la symphyse du pubis, on sentait un pied, tandis que l'aire du bassin était tout occupée par le plan latéral droit de l'enfant en position céphalo-iliaque gauche ; l'index touchait le bras droit au centre du pelvis. Ces diverses parties fœtales réunies et fort comprimées, je le répète, semblaient vouloir s'engager en même temps. J'essayai d'une traction modérée sur le pied, dans le but d'amener le dégagement par cette extrémité, mais la manœuvre n'aboutit à aucun résultat, à cause du retrait de la matrice en quelque sorte moulée sur le produit. Vers neuf heures du soir, je fis mander notre maître, M. le professeur Hyernaux ; à ce moment, il y avait des contractions d'une violence telle, qu'une rupture utérine nous parut imminente. La femme, malgré nos exhortations à ne pas faire valoir ses douleurs et à modérer ses efforts d'expulsion, poussa tout à coup avec une force inouïe ; un cri suprême s'échappa de sa poitrine : le fœtus avait évolué spontanément et le tronc venait de franchir l'orifice vulvaire. Une légère traction suffit pour amener la tête au dehors.

L'enfant fut mis au bain et, après quelques soins spéciaux, il se ranima et se mit à crier ; il était très-bien conformé et d'un volume ordinaire.

M. Hyernaux arriva quelques instants après et nous assura de la rareté du fait.

Quant à la mère, elle ne présenta pas le plus léger phénomène morbide durant toute la période des couches ; la sécrétion laiteuse s'établit abondamment et, chose remarquable, il n'y avait pas la moindre éraillure, si petite qu'elle pût être, aux organes génitaux, tandis que nous voyons si souvent des gangrènes spontanées, des vulvites, etc., se déclarer chez des femmes accouchant normalement et avec facilité, d'enfants se présentant par le sommet. A ce propos, nous croyons pouvoir terminer cette observation en mentionnant les bons résultats obtenus dans notre établissement, par les injections et les lavages fréquents pratiqués dans le but de maintenir soigneusement aseptique la surface des érosions, des déchirures, en un mot de toutes les solutions de continuité qui sont si fréquentes postpartum.

L'HYGIÈNE DES JEUNES FILLES DANS L'HINDOUSTAN.

Les jeunes filles de l'Hindoustan sont d'une pureté et d'une beauté de formes remarquables, et constatées par tous ceux qui ont voyagé dans ces contrées. Cela provient de ce que, dès leur jeune âge, elles sont habituées à porter des fardeaux sur la tête. L'eau pour les usages du ménage est toujours apportée par les jeunes filles de la maison dans de grandes jarres en terre et elles excellent dans ce travail. Le résultat hygiénique est d'assouplir les muscles et de développer la poitrine ; les bossus sont très-peu nombreux dans l'Inde anglaise. Le Dr Henry Spry, médecin de la compagnie des Indes, dit « que l'exercice de porter des fardeaux sur la tête devrait être introduit pour notre grand avantage dans nos écoles et nos familles européennes, et remplacerait avec profit les altères, les cordes à sauter, etc. »

La même pratique de porter l'eau sur la tête ou tout autre fardeau existe dans le sud de l'Espagne et de l'Italie et donne les mêmes résultats ; les Andalouses, les Napolitaines et les Transtévérines comptent parmi les plus belles femmes de l'Europe.

Quoique ce moyen pratique soit peu dans nos mœurs chevaleresques nous le recommandons au nom de l'hygiène et de la beauté. (JOSEPH DE PIETRA SANTA, *In herald of Health.*)

GROSSESSE INTRA-OVARIENNE,

Par le docteur TALBAT.

Une dame de trente-huit ans, mariée depuis douze ans, avait toujours joui de la santé la plus florissante, et avait eu trois accouchements normaux. A sa quatrième grossesse on n'observa rien d'anormal jusqu'au quatrième mois. A l'approche du cinquième mois elle commença à éprouver des douleurs spasmodiques dans l'abdomen, en même temps le côté gauche du ventre offrait un développement inusité. Vers le milieu de septembre, le Dr Murphy, appelé en consultation, trouva l'utérus en retroflexion et laissant facilement pénétrer la sonde dans une longueur de cinq pouces.

La moitié gauche de l'excavation pelvienne était remplie par une tumeur ferme et résistante. Comme la malade présentait la plupart des signes rationnels de la grossesse, on conclut à la probabilité d'une grossesse tubaire ou ovarienne. Aucune médication ne fut prescrite à l'exception de suppositoires morphinés.

Quelques jours plus tard le Dr Murphy fut appelé en toute hâte auprès de la malade. Il la trouva dans un état de prostration extrême en proie à de violentes douleurs abdominales. Les extrémités étaient froides, la face pâle, la peau recouverte d'une sueur visqueuse, le pouls filiforme. En même temps se déclarèrent des vomissements opiniâtres, bientôt suivis de mort.

A l'autopsie, on trouva un abondant épanchement sanguin dans la cavité de l'abdomen. L'ovaire, énormément développé, était enkysté entre les feuillets du ligament large. La trompe de Fallope n'était pas augmentée de volume, comme cela arrive dans la grossesse tubo-ovarienne proprement dite. A travers la tumeur, le doigt reconnaissait toutes les parties constituantes d'un fœtus de plus de quatre mois. En somme, il s'agissait bien là d'une grossesse intra-ovarienne, dans laquelle le fœtus était absolument enveloppé par les éléments de l'ovaire. Une rupture s'était produite, et avait amené ainsi une hémorrhagie et une péritonite mortelles. L'utérus était augmenté de volume, sa muqueuse était fortement congestionnée, mais l'examen le plus attentif n'y fit pas découvrir la moindre trace de caduque. (*American Journal of medical sciences*, 17 avril 1879.) (*Gazette médicale de Paris*, revue des journaux de médecine, journaux anglais et américains.)

BRIDE NON CICATRICIELLE AU-DESSUS DE L'HYMEN.

M. Laennec a signalé à la Société de médecine de Nantes un fait assez rare qui, dans une question médico-légale, pourrait induire en erreur le médecin-expert. Une petite fille de onze ans et idiote portait au-dessus de la membrane hymen une bride non cicatricielle qui masquait presque le canal de l'urèthre. Cette bride, complétement congénitale, était tout à fait indépendante de la membrane hymen; elle était recouverte d'une muqueuse faisant suite à la muqueuse du

vestibule et rappelait la bride qu'on voit quelquefois diviser l'hymen en deux parties.

(*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

VARIÉTÉS

SUR LES PEPTONES DE VIANDE DE DIFFÉRENTES ORIGINES (1).

Par M. P. CHAPOTEAUT, Pharmacien de 1re classe.

Depuis quelques années la presse médicale française et les journaux étrangers s'occupent de la question des peptones de viande; aujourd'hui, tout le monde connaît ces produits.

Mais, avant qu'ils prennent définitivement la place importante qu'ils doivent occuper dans la thérapeutique, il nous paraît utile d'examiner la valeur des procédés qui sont employés pour les obtenir.

Le médecin pourra ainsi se rendre un compte exact de la qualité et de la puissance nutritive du produit dont il fait usage.

Jusqu'à présent, trois substances peuvent être employées pour obtenir la digestion de la viande et la transformer en peptone, ce sont : la *pancréatine*, — le *suc de papaya carica*, — et la *pepsine*.

Conséquemment, il en résulte trois produits différents : les *peptones pancréatiques*, — les *peptones au suc de papaya carica* — et *les peptones pepsiques*.

Les deux premières se trouvent dans le commerce; seules, les peptones pepsiques n'ont été étudiées qu'au point de vue scientifique.

1° *Peptones pancréatiques*. — Ces peptones sont fabriquées, non pas avec de la pancréatine, mais en faisant agir le pancréas de porc sur la viande mélangée à des liqueurs aqueuses, acidulées par les

(1) La dyspepsie étant une complication habituelle des affections utérines, il n'est pas sans intérêt, dans cette publication spéciale, de reproduire l'article de M. Chapoteaut.

acides chlorhydrique ou lactique et entretenues à la température de 30 ou 40 degrés.

Cette méthode exige des quantités considérables de pancréas et encore, pour n'arriver qu'à une digestion partielle.

De plus, l'opération ne peut se prolonger dans l'étuve, sans qu'on s'expose à une décomposition qui se traduit par un dégagement abondant de gaz sulfhydrique.

En admettant que la digestion de la viande soit complète, — ce qui n'arrive pas, — les peptones ainsi obtenues se trouvent toujours augmentées du produit digéré des membranes du pancréas, et comme la marche d'une digestion de cet organe est capricieuse, il s'ensuit que les produits étrangers forment toujours une partie considérable de la peptone obtenue.

Ajoutons que les pancréas de porc sont très-difficiles à conserver, qu'ils prennent, en s'altérant, une odeur nauséabonde qui se retrouve dans les peptones pancréatiques et qu'enfin, comme l'a très-bien fait remarquer le Dr Joseph Michel, le goût de ces préparations est désagréable, et elles s'altèrent rapidement. D'un autre côté, le docteur Daremberg ne se sert pas de peptones de pancréatine parce que ces peptones « se putréfient rapidement et peuvent devenir rapidement une cause de dégoût pour le malade ».

2° *Peptones au suc de carica papaya.* — On obtient ces produits avec le suc extrait du tronc, des feuilles ou des fruits du carica papaya, arbre cultivé dans différentes contrées du Nouveau-Monde.

Ce suc contient essentiellement comme matière active :

Un principe, nommé papaïne par MM. Wurtz, et dont les propriétés se rapprochent beaucoup de celle de la pancréatine animale ;

Une substance huileuse, d'une odeur et d'une saveur désagréables, très-tenaces, qui, à la dose de 2 à 4 centigrammes, est un excellent vermifuge. Ce liquide possède une action extrêmement irritante, et ses effets sur la muqueuse gastrique sont à redouter.

Le pouvoir dissolvant du suc de carica est très-faible ; il faut de 25 centigrammes à 1 gramme de suc pour peptoniser 10 centigrammes de viande.

Au point de vue pratique, ces peptones nous paraissent donc offrir peu d'intérêt : quoi qu'il en soit, dans les essais que nous avons faits sur la viande avec le suc de carica papaya, nous n'avons jamais obtenu d'autre résultat que le suivant : après l'opération, les liqueurs peptonisées précipitent indéfiniment par l'acide nitrique, ce qui in-

dique que la viande est plus ou moins transformée, mais non pas complétement digérée.

3° *Peptones pepsiques.* — Ces préparations ne se trouvent pas encore dans le commerce. Deux raisons s'y opposaient : d'abord le prix élevé de la pepsine, ensuite son faible pouvoir digestif.

S'il est établi scientifiquement que 1 gramme de *pepsine commerciale* digère 50 grammes de fibrine séchée au papier ou dans un linge, il n'en est pas de même quand il s'agit de la viande ; 1 partie de cette même pepsine ne transforme plus en peptone que 3 parties de viande.

Lorsqu'on opère dans ces proportions, la transformation est complète, mais il se trouve dans les produits obtenus beaucoup de matières étrangères introduites par le suc digestif impur.

Cependant, ces *peptones pepsiques* se conservent facilement, elles possèdent une odeur aromatique et une saveur agréable. A ces points de vue, si on les compare aux peptones pancréatiques, il n'y a pas à hésiter à leur donner la préférence.

Le problème à résoudre est donc celui-ci :

Préparer, à bas prix, une pepsine pure, possédant un pouvoir digestif énorme, capable de digérer 700 à 800 fois son poids de viande et ne devant introduire dans les peptones qu'une très-faible quantité de matières étrangères.

Cela étant donné, puisqu'on peut, comme l'a démontré M. le docteur HENNINGER, éliminer l'acide qui sert à faciliter la digestion, il est clair qu'on devrait arriver à produire des peptones pepsiques, sinon chimiquement pures, au moins se rapprochant beaucoup de l'état de pureté.

Depuis que nous dirigeons les laboratoires de MM. RIGAUD et DUSART, nous fabriquons, pour l'usage pharmaceutique, de la pepsine dans des conditions exceptionnelles de bas prix et de hautes digestions (15 à 1800 fois son poids de fibrine). Aussi, quand nous résolûmes de nous occuper de la question des peptones, la question se trouva tout à fait simplifiée.

Maintenant, nous préparons en grand avec cette pepsine, des peptones neutres, se conservant bien, possédant une saveur agréable et marquant 18° au pèse-sirop. Ces peptones se prennent en gelée à une température de 15° et se liquéfient à 35°. Elles peuvent être filtrées, *ne précipitent pas par l'acide nitrique*, mais sont entièrement précipitées par l'alcool concentré, le bichlorure de mercure et le tannin;

réactions qui caractérisent les peptones extraites directement du tube digestif.

Pour la commodité du médecin, nous avons établi, sous le nom de *Conserve de peptone de Chapoteaut,* une peptone pepsique contenant, par cuillerée à café, 20 grammes d'excellente viande de bœuf, parfaitement digérée et complétement assimilable.

En prenant 4 grammes de cette conserve de peptone, qui représentent 10 grammes de viande de bœuf, en la faisant dissoudre dans un vin de Frontignan ou de Lunel, j'obtiens un excellent vin alimentaire qui sera accepté avec plaisir par les malades.

FORMULAIRE (J. CHÉRON)

LA TOUX UTÉRINE ET SON TRAITEMENT.

Sous l'influence de troubles fonctionnels ou de lésions de texture des différents organes de l'appareil utéro-ovarien, mais plus particulièrement sous l'influence des lésions de l'utérus, apparait quelquefois une toux sèche et fréquente que l'état de l'appareil respiratoire ne saurait expliquer et à laquelle on a donné le nom de *toux utérine.*

C'est plus particulièrement chez les femmes névropathes ou prédisposées aux troubles hystériformes que l'on voit survenir ce symptôme. Cependant il n'est pas rare de voir des malades qui ne sont point en puissance d'hystérie, en être atteintes. C'est que, chez toutes les femmes les troubles des fonctions nerveuses tendent à prendre en général le caractère hystériforme.

C'est à l'emploi des valérianates que ce symptôme cède le plus facilement.

Si la toux coïncide avec des troubles de la circulation cérébrale, de la chaleur au visage, des vertiges et de l'oppression, c'est au valérianate de caféine employé sous la forme suivante qu'il faut donner la préférence.

Infusion de café noir	120 gr.
Sirop simple	40 gr.
Valérianate de caféine	1 gr.

Prendre deux à trois cuillerées à bouche par jour. Une demi-heure avant les repas ou deux heures après.

Si la toux ne revient que la nuit, ou à des intervalles réguliers ou encore aux mêmes heures, la valérianate de quinine donnera un bon résultat, à la dose suivante :

Valérianate de quinine	1 gr.
Extrait de réglisse	q. s.

Pour vingt pilules.

En prendre une avant chaque repas, au moment même.

Le valérianate de zinc est le médicament à employer chez les malades atteintes de toux utérine, qui ont ou ont eu des attaques d'hystérie convulsive.

Valérianate de zinc	50 centig.
Extrait de valériane	q.s.

Pour vingt pilules.

En prendre une au moment des deux principaux repas.

Enfin, lorsqu'avec la toux utérine il existe un état de névropathie très-accusé, il faut s'adresser au valérianate d'ammoniaque sous la forme que voici :

Valérianate d'ammoniaque	0,20 centig.
Julep gommeux	120 gr.

Prendre une cuillerée à bouche, toutes les trois heures.

Il ne faut pas oublier, en outre, que la modification de la lésion de l'utérus à l'aide d'un traitement local a pu quelquefois arrêter rapidement la toux utérine. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Dans les affections de l'appareil utéro-ovarien, le symptôme morbide appartenant à un appareil éloigné survit parfois à l'affection qui lui a donné naissance.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1563. — Abbeville. — Typ. et stér. Gustave Retaux.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur JULES CHÉRON.

DIXIÈME LEÇON

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — INJECTIONS ET IRRIGATIONS VAGINALES.

Distinction entre les bains vaginaux, les injections, les irrigations et les douches vaginales.

Injections à l'eau simple. Température de l'eau. Expériences.

Injections avec l'eau chargée de substances médicamenteuses.

Substances astringentes. Substances émollientes. Substances antispasmodiques. Substances excitantes. Substances stupéfiantes. Substances anesthésiques sous forme de gaz ou de vapeurs. Substances modificatrices de la circulation.

Instruments à l'aide desquels on pratique les injections. Seringue va-

ginale de Ricord, seringue d'Higginson, injecteur de Mathieu, injecteur de Raynal.

Instruments à l'aide desquels on rend facile le bain vaginal. Spéculum ouvert en bois, spéculum ouvert en métal, spéculum percé de trous en caoutchouc durci.

Des irrigations vaginales. Instruments à l'aide desquels on les pratique. Siphon de Charrière, irrigateur vaginal double d'Aran, irrigateur vaginal double de Maisonneuve, appareil à irrigation continue de Clauzure.

Durée des injections vaginales, durée des irrigations.

Position à donner à la femme pendant l'injection, position à donner pendant l'irrigation.

Action physiologique de l'injection et de l'irrigation. Indications et contre-indications.

Mode d'action dans la congestion utérine.

Douches vaginales. Instruments à l'aide desquels on les pratique. Pompe à jet continu. Indications et contre-indications. Mode d'action.

Douches vaginales pratiquées avec des gaz ou des vapeurs.

Instruments à l'aide desquels on les pratique. Appareil gazo-injecteur de Fordos pour l'acide carbonique. Appareil pour la douche de vapeurs, de chloroforme ou d'éther. Indications et contre-indications. Mode d'action. Appréciations de la valeur thérapeutique de ces divers moyens dans la congestion utérine.

L'eau agissant par sa température, par son contact plus ou moins prolongé ou encore par l'intermédiaire des substances qu'elle peut contenir en dissolution, peut rendre dans le traitement de la congestion utérine des services importants. C'est sous la forme de bains vaginaux, d'injections, d'irrigations ou de douches vaginales qu'elle est habituellement employée.

Le bain utéro-vaginal se prend de la manière suivante : La malade étant plongée dans un grand bain, ou dans un bain de siége, place elle-même un spéculum en bois, en métal ou en caoutchouc durci ; les deux premiers, largement échancrés, ne servent qu'à déplisser le vagin et à laisser pénétrer l'eau du bain dans sa profondeur ; le troisième percé de trous poursuit le même but d'une façon un peu moins complète.

Ce sont en général des substances émollientes ou des substances salines que l'eau tient en dissolution lorsqu'on emploie ce genre de médication.

On voit souvent la congestion hémorrhagique céder à l'emploi du bain utéro-vaginal émollient, c'est-à-dire, à l'eau de guimauve, de son, d'amidon, de graine de lin, etc.

Ce mode de médication est employé dans quelques stations d'eaux minérales, pour combattre certaines formes passives très-anciennes de la congestion et les résultats obtenus sont vraiment dignes de remarque.

J'ai fait quelques observations pratiques sur la modification que le bain utéro-vaginal apporte à la température de l'utérus.

J'ai vu cette température baisser de deux à trois dixièmes de degré après un bain local d'un quart d'heure, pris à l'aide de l'un de ces spéculums.

L'indication à l'emploi d'un semblable moyen se présente toutes les fois qu'on a affaire à un de ces utérus sensibles, irritables, comme disent les Anglais, appartenant à une malade qui jouit d'un état névropathique bien confirmé, voisin de l'hystérie ou en dépendant d'une façon directe.

On donne le nom d'injections vaginales à de véritables bains locaux de courte durée qui diffèrent encore des précédents par ce fait que, dans les injections, le liquide projeté sans cesse jusqu'à épuisement d'une quantité déterminée à l'avance ne baigne point l'organe d'une façon permanente. L'irrigation diffère de l'injection en ce qu'elle a une durée beaucoup plus longue et emploie une plus grande quantité de liquide qui peut être rejeté ou servir indéfiniment à continuer l'irrigation.

Lorsque le liquide est projeté avec une certaine force sur le col utérin, on donne à ce genre d'injection le nom de douche vaginale.

Les injections peuvent être pratiquées avec de l'eau à la température ambiante, avec de l'eau chaude, avec de l'eau glacée. Lorsqu'on projette sur un col congestionné, préalablement mis à nu à l'aide du spéculum, un jet d'eau glacée, celui-ci diminue de volume et pâlit aussitôt ; mais, quelques instants plus tard, la coloration violacée reparaît avec une intensité plus grande. Ce qui indique que si l'on veut obtenir un résultat durable à l'aide de cette médication il faut

lui assigner une durée plus grande et en renouveler fréquemment l'usage.

Lorsqu'on projette ainsi un jet d'eau glacée sur le col de l'utérus la malade éprouve une sensation pénible qui s'irradie de l'hypogastre aux hypochondrés et jusque dans la région lombaire, exaspérant ainsi la névralgie lombo-abdominale dont est fatalement atteinte toute malade en puissance d'affection utérine.

J'ai vu très-peu de malades s'accommoder et moins encore bénéficier de ces injections vaginales pratiquées à l'aide de l'eau très-froide.

Dans quelques circonstances, j'ai vu survenir sous l'influence de cette médication, des névralgies utérines qu'il a été très-difficile de guérir.

Reste alors l'injection froide, c'est-à-dire à la température du milieu ambiant. La projection d'eau à cette température, faite sur le col comme précédemment, détermine une constriction vasculaire qui diminue la rougeur morbide du col et abaisse sa température de deux à trois dixièmes de degré. Mais, tout comme les injections pratiquées avec de l'eau glacée, ce moyen doit être employé très-souvent et très-longuement pour donner un résultat durable, c'est-à-dire pour exciter suffisamment les centres d'innervation vaso-motrice, pour que leur tonicité leur soit restituée. Tout comme l'injection faite avec l'eau glacée, ce moyen éveille la susceptibilité douloureuse de la moelle et accentue la névralgie lombo-abdominale, surtout chez les diathésiques.

C'est, à mon avis, un couteau à deux tranchants d'un maniement dangereux. Aussi, considérant l'eau froide employée en injections, en bains locaux ou en irrigations vaginales, comme d'un maniement trop difficile pour en préciser l'indication, je l'ai, depuis longtemps, bannie de ma pratique, la remplaçant par l'eau chaude qui présente exactement les mêmes avantages et aucun de ces graves inconvénients.

Lorsqu'on projette sur un col congestionné, visible au fond du spéculum, un jet d'eau chaude à la température de 38 à 40 degrés, comme en faisant usage de l'eau froide, on voit le col diminuer de volume d'une façon assez notable pour que le cervicimètre en puisse donner

la preuve. La coloration violacée s'atténue considérablement. Au bout de quelques instants, la première fois, ce résultat disparaît, mais si on recommence l'expérience plusieurs fois dans la journée, on voit, au bout de quelques jours, le résultat commencer à se maintenir plus longtemps et tendre à devenir durable à mesure que l'on avance dans la durée de son application.

C'est exactement ce que l'on obtenait avec l'eau froide ou avec l'eau glacée, les deux excitants, le froid et le chaud agissent de la même manière. Trousseau avait reconnu le fait d'une façon empirique, il est vrai, mais il savait en user et avait obtenu les meilleurs résultats. La différence réside seule dans les sensations éprouvées par les malades, sensations qui sont nulles lorsqu'on fait usage d'eau chaude ou d'eau tiède, sensations qui se transforment au contraire en souffrances névralgiques quand on emploie l'eau froide ou glacée, névralgie lombo-abdominale que nous avons, dans les leçons précédentes, considérée comme la caractéristique de la souffrance médullaire, souffrance médullaire dont il importe de provoquer l'apaisement, si l'on veut rendre aux centres d'innervation vaso-motrice leur activité tonique paralysée.

On voit, d'après cela, que l'eau chaude et l'eau froide projetées sur le col congestionné de l'utérus semblent, au premier abord, donner les mêmes résultats, mais le résultat ultime est tout à l'avantage de l'eau chaude, qui ne produit aucune réaction et n'éveille pas, comme l'eau froide, l'irritabilité spinale lombaire en stimulant les névralgies lombo-abdominales ou lombo-sacrées qui sont la caractéristique de la souffrance de la moelle dans ses rapports avec l'affection utérine.

En conséquence, Messieurs, je vous propose de bannir absolument de la thérapeutique spéciale l'eau froide en bains locaux, en injections, en irrigations ou en douches vaginales, et de lui substituer l'eau chaude ou l'eau tiède à l'aide de laquelle vous pouvez obtenir les mêmes effets stimulants sans aucun des graves inconvénients qui accompagnent l'emploi de la première.

INJECTIONS AVEC L'EAU CHARGÉE DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES.

Les substances dont on charge l'eau pour l'employer en injections ou en irrigations sont émollientes, astringentes, antispasmodiques, stupéfiantes, anesthésiques, sédatives, modificatrices de la circulation et excitantes.

Les principales substances émollientes que vous connaissez tous, Messieurs, sont la guimauve, la mauve, la bourrache, l'orge, la fécule, l'amidon, la graine de lin et la glycérine.

Ces substances peuvent être employées lorsque l'état congestif de l'utérus s'accompagne d'irritation locale du vagin et des organes extérieurs; les principales substances astringentes, au contraire, telles que le tannin, l'écorce de chêne, les roses de Provins, la grande consoude, les feuilles de noyer, le borax, le sous-acétate de plomb et l'alun, seront employées en injections ou en irrigations lorsque la distension des vaisseaux accompagnée d'une atonie indolore des organes génitaux avec ou sans écoulement puriforme auront démontré la nécessité de déterminer une astriction du côté de ces organes dont le système circulatoire largement distendu est frappé de congestion passive.

Quelques substances antispasmodiques, le tilleul, le sumbull, les feuilles d'oranger, seront utiles dans quelques cas de congestion hémorrhagipare avec spasmes; l'irrigation mieux alors que l'injection viendra par son contact prolongé favoriser la chute du spasme qui entretient la congestion hémorrhagipare.

Les substances stupéfiantes, la laitue, la belladone, l'opium, la jusquiame, le datura, le tabac, la ciguë et la morelle, seront utiles comme les précédentes lorsque le spasme du mesoarium et du mesometrium, plus difficile à vaincre que dans le cas précédent, demandera l'emploi de substances stupéfiantes énergiques.

Dans quelques cas, on emploie sous forme de gaz ou de vapeur des substances anesthésiques telles que l'acide carbonique, le chloroforme et l'éther. On a pour but, dans ce cas-là, de calmer encore cette sorte d'éréthisme d'où résulte la congestion active dénommée à juste titre

congestion hémorrhagipare, lorsqu'il s'accompagne de douleurs utérines.

Enfin, dans des cas analogues, on a obtenu de bons résultats avec des irrigations ou des injections, avec une solution de bromure de potassium ou de digitale, lorsque, le pouvoir excito-moteur étant en jeu, on a cru pouvoir agir sur lui par la périphérie, en même temps qu'on modifiait l'état de turgidité du système lymphatique sur lequel ces substances ont une action toute particulière.

Enfin, chez un certain nombre de malades très-lymphatiques dont les organes génitaux ne présentent autre chose qu'une atonie circulatoire qui crée un état de congestion passive, on emploie des injections, ou des irrigations, qui contiennent une ou plusieurs des substances suivantes dénommées substances excitantes, l'anis, la mélisse, la menthe, la sauge, le thé vert, la camomille, l'absinthe, le guaco, le goudron, le gingembre, la cannelle, l'écorce d'orange et l'ammoniaque.

Les irrigations et les injections pratiquées à l'aide de ces substances agissent de deux façons :

1° Par la température du liquide ;

2° Par la substance que celui-ci tient en dissolution ou en suspension.

Il ne faut jamais perdre de vue la question de température et se rappeler que l'eau froide pourrait atténuer et même faire disparaître complétement l'action d'un certain nombre de ces substances que nous venons de passer en revue.

Les instruments à l'aide desquels on rend facile le bain vaginal sont de deux sortes : le spéculum ouvert en bois ou en métal, le spéculum percé de trous en caoutchouc durci.

Le premier, arrondi à son extrémité vaginale, percé de plusieurs trous, se relie à la portion opposée par six tiges de métal dans un cas (*fig.* 1), et par de minces tiges de bois dans l'autre. (*fig.* 2).

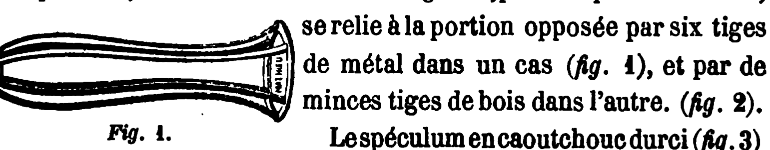


Fig. 1.

Le spéculum en caoutchouc durci (*fig.* 3) est légèrement recourbé, percé de trous sur toute sa longueur ; il est largement ouvert à sa partie libre, taillé en biseau et dépourvu

de manche. Les uns et les autres sont d'un maniement facile et peuvent être employés par les malades sans le moindre danger, à la condition qu'on leur en ait fait d'abord comprendre le maniement.

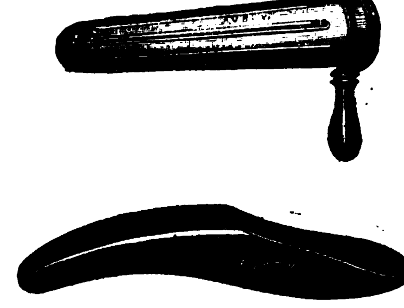


Fig. 2 *et* 3.

Dans ces derniers temps, M. Martineau a remplacé, dans l'administration des bains locaux, les instruments que nous venons de mentionner par des tubes de verre percés de trous.

Je comprends, Messieurs, que dans la pratique hospitalière on puisse, se préoccupant de la contagion, tenter l'emploi d'un semblable moyen, mais j'avoue, d'autre part, que ce qui me ferait hésiter, c'est la fragilité de l'instrument et les dangers que sa brisure peut faire courir aux malades.

Pour en finir avec les bains vaginaux, je dois vous faire observer que, dans le plus grand nombre des cas, sans l'intermédiaire d'aucun instrument, l'eau du bain pénètre facilement dans les profondeurs du vagin ; la malade n'a qu'à écarter les lèvres, la pression de la masse liquide suffit alors pour déplisser les parois du vagin et le maintenir dilaté.

Le but du spéculum à bains locaux serait donc l'ouverture de la vulve et le déplissement des parois du vagin que la colonne liquide se chargerait ensuite de maintenir. On voit, d'après cela, qu'il n'est pas nécessaire de laisser le spéculum à bain local en place pendant toute la durée du bain.

AUBRY

Fig. 4.

Un mot maintenant sur les instruments à l'aide desquels on pratique les injections vaginales. Le plus simple est la seringue imaginée par Ricord (*fig.* 4). Cette seringue en verre et en caoutchouc durci représente un cylindre arrondi à une de ses extrémités et percé de plusieurs orifices. Cette seringue dont la dimension est un peu supérieure à celle du pénis présente l'avantage de porter sûrement l'injection jusqu'au

fond du vagin en déplissant les parois de cet organe sans risque de blesser la malade.

Un petit instrument, connu sous le nom de seringue d'Higginson (*fig.* 5), se compose de deux tubes venant s'aboucher aux deux extré-

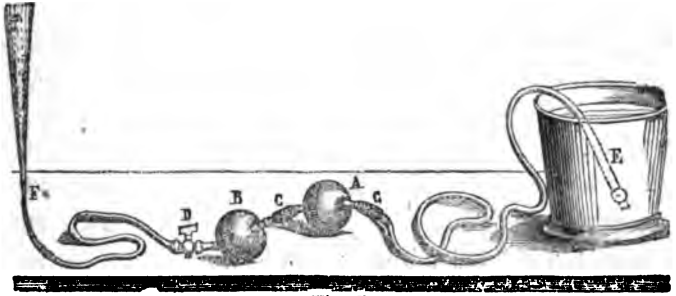


Fig. 5.

mités d'une poire en caoutchouc. Un des tubes plonge dans le vase qui contient le liquide à injecter, l'autre extrémité est munie de la canule. La pression faite sur la poire en caoutchouc aspire le liquide qui, maintenu par une soupape, est poussé vers l'extrémité qui est munie de la canule.

L'irrigateur Éguisier, dont il serait superflu de rappeler le mécanisme, est entre les mains de la plupart des malades et sert journellement à pratiquer des injections.

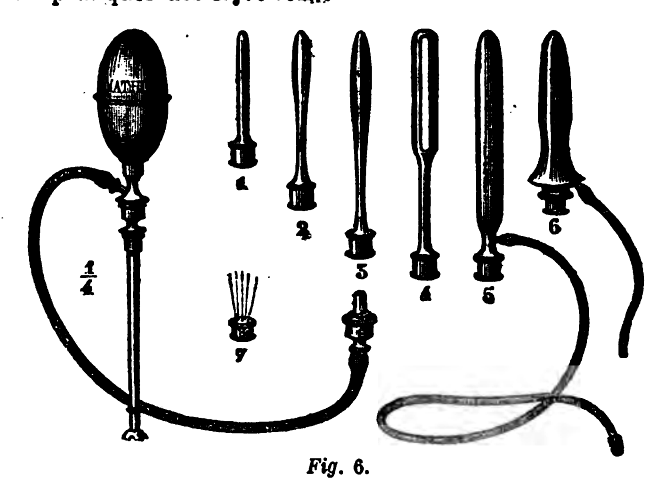


Fig. 6.

Deux autres petits appareils méritent d'attirer un instant notre attention. L'un (*fig.* 6) se compose d'une tige creuse surmontée d'une

boule de caoutchouc à la base de laquelle se fixe le tube à l'extrémité duquel se vissent les différentes canules. On place l'extrémité de la tige creuse dans le liquide à injecter, on presse sur la boule et l'appareil fonctionne. Ce qu'il y a d'intéressant, ce sont les différentes formes de canules. Les deux premières sont olivaires, percées à leur extrémité, et ne diffèrent que par leur longueur et leur volume. La quatrième est fenêtrée comme un spéculum à bains locaux, la sixième grosse et courte présente tous les avantages de la seringue de Ricord et enfin la cinquième, grosse, longue et absolument cylindrique et en métal inoxydable, comme les canules précédentes, présente cette particularité qu'elle n'est point ouverte à son extrémité libre ; elle n'agit sur le vagin et le col de l'utérus que par la température que lui communique l'eau projetée dans son intérieur et qui y circule sans cesse à l'aide d'un double courant.

Le plus simple de tous les appareils injecteurs est celui qui est re-

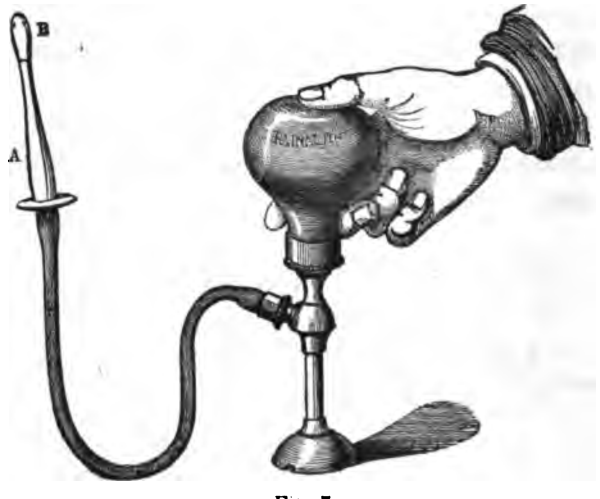


Fig. 7.

présenté (*fig.* 7). Il diffère du précédent par sa plus grande stabilité ; en outre il ne possède qu'une seule canule. C'est en le plaçant debout dans le vase qui contient l'eau à injecter que l'on parvient à s'en servir avec facilité.

APPAREILS A L'AIDE DESQUELS ON PRATIQUE LES IRRIGATIONS VAGINALES.

On divise ces appareils en deux groupes :

Le premier groupe comprend ceux dans lesquels le liquide de l'irrigation projeté directement dans le vagin baigne les tissus et est ensuite rejeté au dehors.

Dans le second groupe se classent les appareils qui projettent le liquide de l'irrigation dans un instrument préalablement placé dans le vagin sans baigner directement les tissus. Dans ce cas, le liquide de l'irrigation n'agit donc que par sa température.

Les principaux appareils dans lesquels le liquide de l'irrigation baigne les tissus sont : le siphon de Charrière, l'irrigateur vaginal double d'Aran, l'irrigateur vaginal double de Maisonneuve et le remarquable appareil d'Audouin.

Chacun de ces appareils pourrait être transformé facilement en appareils du second groupe, c'est-à-dire dans lesquels le liquide de l'irrigation ne baigne pas les tissus, et ressembler facilement à l'appareil à irrigation continue de Clauzure chez lequel le liquide circule dans un sac de baudruche préalablement introduit dans le vagin. Cet appareil représente à lui seul le deuxième groupe des appareils à irrigation dans lesquels le liquide ne baigne pas les tissus.

Le plus simple de tous les appareils à irrigation continue porte le nom de siphon de Charrière (*fig.* 8) et consiste en un tube de 2 mètres de longueur, habituellement en caoutchouc, portant à l'une de ses extrémités la canule et à l'autre extrémité un poids en plomb

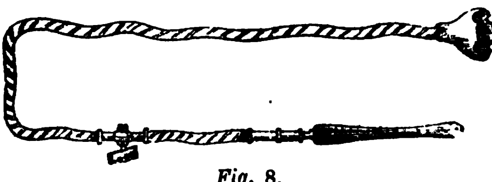


Fig. 8.

perforé dans son milieu. Un robinet est placé sur le parcours du tube à une petite distance de la canule. Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, on place sur un meuble un peu élevé le vase contenant le liquide destiné à l'irrigation ; puis l'extrémité opposée à la canule étant plongée dans le vase, on amorce le siphon à l'aide du robinet. Il suffit ensuite de se placer sur un vase qui recevra le liquide après avoir

baigné le vagin ; tout le liquide passera sans arrêt d'un vase dans l'autre après avoir irrigué les tissus.

Le seul côté difficile de l'emploi de ce moyen est représenté par l'installation d'un vaste récipient sur un meuble un peu élevé.

L'irrigateur vaginal double de Maisonneuve (*fig.* 9) est disposé de la façon suivante :

Deux tubes en caoutchouc traversent un pessaire en gimblette de Gariel, l'un est un tube d'apport plongé comme dans le cas précédent dans un vase rempli du liquide à irrigation et placé sur un meuble un peu élevé. Sur le milieu de ce tube est placée une poire de caoutchouc destinée à amorcer le siphon ; le second tube qui ne fait que compléter le siphon ramène au dehors dans un second vase le liquide qui a baigné le vagin. Le pessaire de Gariel engagé à la vulve a pour but d'empêcher le liquide de sortir sans l'intermédiaire du tube.

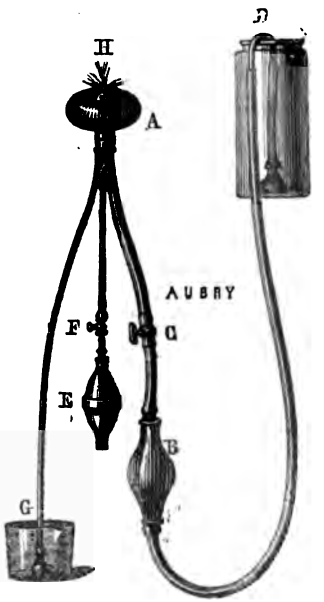


Fig. 9.

A Pessaire de Gariel destiné à obturer l'entrée du vagin pour empêcher le liquide de s'écouler au dehors sans le secours du tube.

B Poire en caoutchouc à l'aide de laquelle on amorce l'appareil.

C Robinet destiné à régler l'écoulement du liquide.

D Siphon plongeant dans le vase supérieur.

E Poire du pessaire de Gariel au moyen de laquelle on le gonfle.

F Robinet qui maintient l'air dans le pessaire.

G Tube qui ramème le liquide au dehors.

H Orifice vaginal du siphon.

Cet instrument présente l'avantage de pouvoir être employé, la malade couchée sur un lit ou sur une chaise longue, sans risque de mouiller les vêtements ou les meubles. Il permet en outre de prendre la position couchée qui est la plus favorable à la bonne application de l'irrigation vaginale.

L'irrigateur vaginal double d'Aran présente la plus grande analogie avec celui de Maisonneuve ; c'est encore le siphon qui en fait les frais. Il y a un tube d'apport et un tube de décharge ; la disposition de ces deux tubes est excellente. Le tube d'apport aboutit directement à une canule rigide qu'on introduit profondément dans le vagin. Un gros tube qui engaîne la canule à sa base est perforé de trous qui permettent l'issue du liquide et son écoulement par le deuxième tube.

Une plaque obturatrice s'applique contre la vulve dans le but d'empêcher le liquide de s'écouler au dehors ailleurs que par le tube, mais cette plaque métallique, malgré sa forme convexe en dehors, obture mal la vulve ; c'est là le côté vicieux de l'appareil ; c'est un véritable perfectionnement de remplacer cette plaque par un pessaire de Gariel.

De tous les appareils destinés à pratiquer les irrigations vaginales continues, le plus remarquable, celui qui remplit le mieux toutes les conditions et permet d'employer les irrigations pendant un temps aussi long qu'il en est besoin, sans fatigue pour la malade, est assurément le bassin-siège à irrigation continue d'Arsène Audouin.

Cet appareil que j'ai fait disposer sur cette table (*fig.* 10) se compose d'une banquette capitonnée sur laquelle se couche la malade, de façon que le siège vienne reposer sur le bord d'un bassin central en zinc qui est en communication directe avec un récipient placé sous la banquette.

A l'une des extrémités, se trouve placé un château d'eau, contenant 20 litres de liquide, supporté par une colonne de 50 centimètres de hauteur ; deux robinets placés à la partie inférieure permettent d'adapter le tube qui porte la canule au château d'eau de façon à avoir une pression faible ou forte. L'écoulement complet du liquide contenu dans le château d'eau est à peu près de quarante minutes.

Le grand avantage que présente cet appareil est de permettre à la malade de prendre une irrigation de longue durée sans aucune manipulation désagréable, sans mouiller ses vêtements ni aucune partie du corps autre que la vulve.

Cet appareil peut être employé chez des malades très-affaiblies

sans leur faire courir le risque de les exposer à une fatigue qu'elles ne pourraient supporter sans inconvénient ou sans danger.

Tous les appareils que je viens de vous montrer peuvent être employés à pratiquer des irrigations vaginales en laissant baigner les

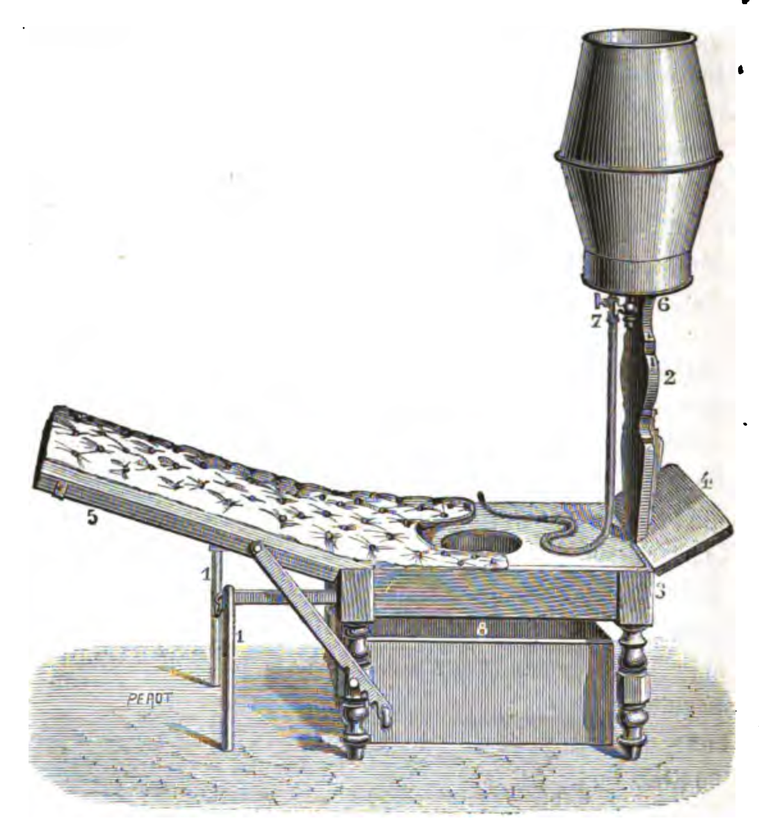


Fig. 10.

tissus ou sans les laisser en contact avec le liquide de l'irrigation. Plus particulièrement employé pour atteindre ce but, dans ce dernier cas, est l'appareil du Dr Clauzure, d'Angoulême. Cet appareil (*fig.* 11) se compose d'un siphon dont le tube est coupé par le milieu, on ajuste les deux chefs parallèlement comme les deux canons d'un fusil double, à l'aide d'un bouchon de liège percé de deux trous pour le passage des deux tubes. On attache sur ce bouchon de liège une

petite poche cylindrique en caoutchouc, un petit sac de baudruche ou un simple cordon.

La disposition des deux vases dont l'un fournit le liquide et l'autre le reçoit est la même que dans les cas précédents.

Le liquide traverse le petit sac cylindrique préalablement placé dans le vagin et établit un courant continu dans son intérieur. Il en résulte pour les parois du vagin et pour le col de l'utérus une modification qui est exclusivement en rapport avec la température du liquide en circulation.

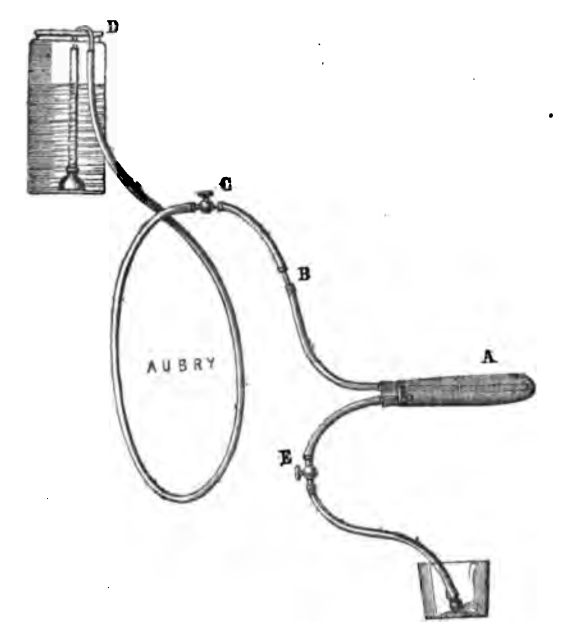


Fig. 11.

A Sac en caoutchouc ou en baudruche dans lequel circule le liquide de l'irrigation.

B Tube de verre au moyen duquel on amorce le siphon par aspiration directe.

C Robinet régulateur de l'écoulement du liquide.

D Siphon.

E Robinet régulateur de la sortie.

Si l'on avait à sa disposition soit le siphon simple de Charrière,

soit l'appareil de Maisonneuve ou celui d'Aran, rien ne serait plus facile que de lui donner la même disposition.

Nous n'avons pas à nous occuper ici, Messieurs, de toutes les indications que comportent les irrigations et les injections vaginales. Nous analysons ensemble tous les moyens qui peuvent combattre avec avantage la congestion utérine, ce premier terme de toutes les affections de l'appareil utéro-ovarien.

Il ne faut pas croire qu'en prenant pour objectif de l'emploi de nos moyens thérapeutiques la congestion utérine, nous ne remplissions pas en même temps une série d'indications dérivées de l'état congestif.

Nous retrouverons plus tard, à propos de chacune des affections utérines, ces mêmes moyens de traitement. C'est à propos de la congestion, que je considère comme le point de départ fatal de toutes les affections de l'appareil utéro-ovarien, que je crois utile de faire l'étude de cette série de moyens thérapeutiques.

Ne vous étonnez pas, Messieurs, de me voir restreindre l'analyse des indications des injections et des irrigations vaginales à leur application directe au traitement de la congestion. C'est le type du traitement des affections utérines que je condense en quelques leçons, c'est la base de tout traitement gynécologique sérieux.

Si je vous rappelle ce fait à propos des injections vaginales, c'est pour que votre esprit, ne s'égarant pas au milieu de ces descriptions puériles en apparence, ne se demande pas avec inquiétude à quel propos correspond cet aperçu sur les injections vaginales et les appareils à l'aide desquels on les pratique, aperçu qui dans un traité didactique serait mieux à sa place dans les préliminaires relatifs au traitement, ce qui n'est pas ici le cas dans une série de leçons groupées d'une façon peu classique, mais en rapport avec les principes de la doctrine physiologique dont je poursuis l'exposé.

Je n'ai point à revenir sur l'action physiologique des injections et des irrigations vaginales. Je vous ai exposé cette action dans ses rapports avec la température du liquide et la dénomination des substances que l'eau peut tenir en suspension ou en dissolution se

déduit de la dénomination générale que nous avons conservée à ces substances.

J'appellerai votre attention sur la confusion qui est très-souvent faite entre les injections et les irrigations. Pour pratiquer une injection qui dure à peine une ou deux minutes, on oblige souvent la malade à prendre la position couchée qui ne convient et n'est utile que pour les irrigations qui, elles, comportent toujours une certaine durée.

Les injections suffisent dans la plupart des cas où la congestion est peu accentuée, peu ancienne et ne présente pas une tendance à la permanence absolue.

L'irrigation, au contraire, est le moyen thérapeutique qui convient dans les cas de congestions anciennes, établies en permanence, présentant déjà à la vue cet aspect œdémateux du col, qui est l'indice du passage à l'état d'engorgement; dans ces cas où les culs-de-sac vaginaux sont moins souples, présentant cet empâtement lymphatique, cet anneau lymphatique, comme je l'ai souvent dénommé avec vous, qui n'a rien à faire avec l'état inflammatoire et qui cède à l'irrigation vaginale prolongée sans l'aide d'aucun autre moyen de traitement.

Quelques auteurs ont signalé des accidents redoutables survenus à la suite de simples injections vaginales. On a cité une douleur subite avec refroidissement des extrémités et syncope, disparaissant après quelques heures sans laisser de traces. A côté de cela d'autres auteurs ont rapporté, l'un une observation de métro-péritonite à la suite d'une injection et le professeur Lorain un accident du même genre suivi de mort.

On a cru pouvoir attribuer ces accidents, si rares d'ailleurs, à la pénétration du liquide dans l'utérus et de là dans le péritoine par les trompes....?

Cette manière de voir, que rien n'est venu justifier, a eu pour effet de faire supprimer dans la construction des canules à injections vaginales que l'on fait aujourd'hui le trou central situé autrefois à l'extrémité de l'instrument. C'est une heureuse modification car,

traverse le tube d'étain qui contient des fragments de marbre et des morceaux d'éponge. Il est tamisé et débarrassé par ces substances de tout ce qu'il a pu entraîner mécaniquement. Il passe de là dans le tube qui porte à son extrémité libre une canule qu'on a préalablement poussée au fond du vagin.

Lorsqu'on veut employer l'acide carbonique en dissolution dans l'eau, on peut employer le siphon d'eau de Seltz qu'on rencontre partout, en prenant soin d'adapter un tube de caoutchouc muni d'une canule sur le bec du siphon.



Fig. 13.

A Carafe en verre épais.

B Tube en étain perforé en tamis à sa partie inférieure et qui contient des petits morceaux de marbre et d'éponge. Ce tube porte une tubulure latérale qui donne issue au gaz.

C Opercule du tube.

(Fig. 2. Coupe du tube B C). — D D Fragments d'éponge. — M Fragments de marbre.

Les eaux naturelles que l'on peut employer de la même façon dans le but d'utiliser l'action de l'acide carbonique sont les eaux de Pougues, de Châteldon, etc.

Les irrigations de vapeurs de chloroforme dont on doit la première application à Scanzoni peuvent être injectées à l'aide d'un appareil construit par M. Aubry, appareil qui n'est autre que celui de Scanzoni grandement modifié (*fig.* 14.)

Le maniement de cet instrument est des plus simples; la moindre pression sur la poire à insufflation fait passer les vapeurs de chloroforme par le deuxième tube et les porte au fond du vagin par l'intermédiaire de la canule.

Ces deux moyens, les irrigations d'acide carbonique et les irrigations, de vapeur de chloroforme, poursuivent l'un et l'autre le même

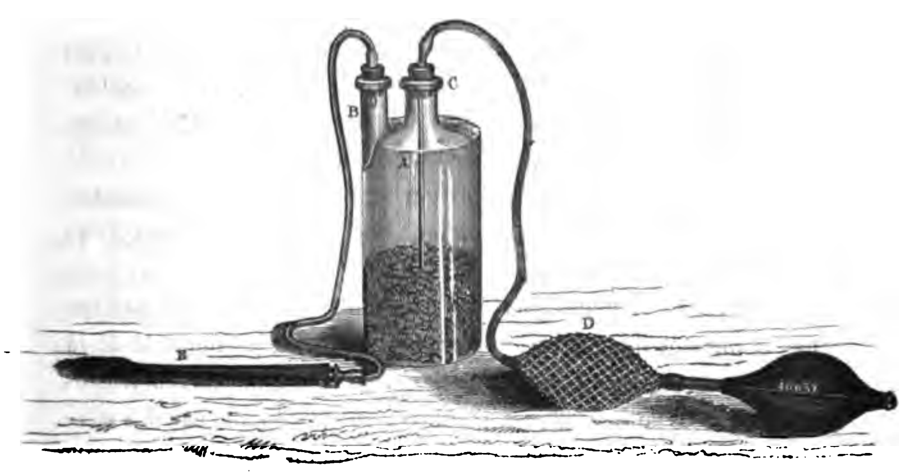


Fig. 14.

A Tube en verre pénétrant au milieu de la ouate imbibée de chloroforme.

B Tubulure qui porte un tube de caoutchouc donnant issue à la vapeur de chloroforme chassée du flacon par l'appareil à insufflation D.

C D Tubulure sur laquelle s'abouche le tube de l'insufflateur.

E F Canule droite à trous multiples.

but, présentent l'un et l'autre les mêmes indications, calmer la névralgie utérine, amener la sédation des affections douloureuses de l'utérus. Autant l'acide carbonique possède, employé à l'état de gaz ou en dissolution dans l'eau, une action topique douce et sédative, autant les vapeurs de chloroforme amènent quelquefois une irritation insupportable du vagin et de la vulve.

Je vous engage donc, Messieurs, dans les cas où la congestion utérine passive ou hémorrhagipare s'accompagne de névralgie utérine qui s'exaspère surtout au moment des époques, d'employer de préférence les irrigations d'acide carbonique et de ne mettre en usage les irrigations de vapeur de chloroforme que lorsque les premières seront restées sans effet.

Il m'est arrivé, un certain nombre de fois, de faire tomber le spasme du mesoarium et du mesometrium qui entretenaient la congestion hémorrhagipare à l'aide de quelques irrigations d'acide carbonique.

En résumé, Messieurs, les injections vaginales et les irrigations pratiquées avec l'eau chargée ou non de principes minéralisateurs ou de substances médicamenteuses rendent de réels services dans les différentes formes de la congestion utérine.

Les injections représentent un moyen de tous les jours, facile à employer, utile dans les cas les plus simples ; les irrigations représentent un moyen d'une puissance thérapeutique considérable, utile surtout dans ces cas de congestion chronique s'accompagnant d'œdème du col de l'utérus qui indique déjà le passage à l'état d'engorgement.

Les douches vaginales peuvent être utiles dans quelques cas rebelles et anciens de congestion passive à laquelle participe toute la circulation de l'appareil utéro-ovarien, mais c'est un moyen violent qu'il ne faut se laisser aller à employer qu'après avoir usé des irrigations vaginales et s'être bien assuré qu'on n'a point commis d'erreur de diagnostic.

Les irrigations gazeuses enfin seront utiles dans les cas de congestion hémorrhagipare rebelle ou dans les cas de congestion passive compliqués de névralgies utérines ou de névralgies du plexus lombo-abdominal localisées surtout dans les hypochondres.

MÉMOIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMORRHAGIES *POST PARTUM*.

Quatre cas d'hémorrhagie post partum, *déterminés par une tumeur fibreuse de l'utérus.*

Lorsqu'à la suite de l'accouchement, une hémorrhagie assez abondante pour inspirer des craintes sérieuses vient à se produire, grande devient la perplexité de l'accoucheur.

La première pensée qui se présentera à son esprit, ce sera de songer à la présence, dans le sein de l'organe, de *cotylédons placentaires*,

de *fragments des membranes*, d'un *caillot sanguin*. La perte de sang pourra être aussi occasionnée par une *déchirure du col*, effectuée au moment de l'accouchement. Dans ce dernier cas, l'exploration au moyen du spéculum permettra de reconnaître la cause de l'accident. Si l'état de perméabilité de l'orifice laisse encore à la main un passage suffisant, il deviendra possible d'éclairer le diagnostic et d'enlever le corps du délit.

Lorsque l'on a des raisons de soupçonner une telle cause, on peut retirer d'excellents effets des injections intra-utérines, mode le plus sûr de déterminer des contractions expulsives.

Dans les conditions ci-dessus, l'hémorrhagie suit de près l'accouchement. Lorsqu'elle tarde à se produire, l'incertitude de l'homme de l'art peut devenir à son comble. Elle peut être occasionnée par la *replétion de la vessie ou du rectum*, par un *déplacement*, par la *congestion*, l'*inflammation de l'organe gestateur*, par des *mouvements corporels exagérés*, par des *émotions subites et violentes*, par *l'allaitement*, par l'*abus des stimulants*. Dans tous ces cas, hâtons-nous de le dire, la perte prend rarement des proportions assez élevées pour mettre la vie en danger. Il n'en est pas ainsi lorsqu'elle est occasionnée par l'état dyscrasique du sang. L'hypoglobulie quelle que soit son essence, peut devenir une cause redoutable d'hémorrhagie. Le sang, devenu très-fluide, ne peut fournir les éléments nécessaires pour la formation d'un caillot obturateur. Cette condition engendre une véritable *hémophilie utérine*.

Ces diverses causes ont été signalées par les auteurs. Il en est une, non moins à craindre dans ses effets, sur le compte de laquelle les traités d'obstétrique n'ont pas suffisamment attiré l'attention. La plupart des auteurs ne la signalent que pour mémoire, ou n'en font même aucune mention. Ce silence s'explique suffisamment par la rareté de cette grave complication puerpérale. Pour mon compte, malgré l'expérience que m'a donnée une carrière obstétricale assez bien remplie, je ne l'ai observée qu'une seule fois. Je n'ai trouvé ce sujet convenablement traité que dans un seul ouvrage de gynécologie (1).

1. *Traité clinique des mal. de l'utérus*, par DEMARQUAY et SAINT-VEL. Se reporter surtout à l'important chapitre ayant pour titre: *De l'influence des corps fibreux sur l'accouchement, la délivrance et les suites de couches.*

Il y a donc un grand intérêt à attirer l'attention sur un accident insuffisamment étudié et dont les conséquences peuvent devenir formidables. L'ouvrage cité relate plusieurs cas de mort. Dans un autre fait rappelé par le Dr Contamin, la terminaison a également été fatale.

Le titre de cet article a indiqué cette cause redoutable de l'hémorrhagie *post partum*. Je veux parler de la présence d'une tumeur fibreuse au sein de l'utérus.

J'ai pris connaissance de deux cas de cette nature dans la thèse du Dr François Contamin (Paris, 1876). Cette thèse a pour titre : *Étude sur les hémorrhagies qui surviennent pendant les suites des couches*.

Un troisième cas, qui s'est produit il y a quelques années dans le service de M. Tarnier, m'a été communiqué par Mme Soulard, sage-femme très-intelligente, lauréat de la Maternité de Paris.

Je donnerai la relation succincte de ces trois cas, puis je ferai connaître le mien, intéressant surtout par les incertitudes dans lesquelles s'est trop longtemps enveloppé le diagnostic.

1° *Fait observé à la Clinique de Lyon.*

Voici en quels termes M. Contamin relate cette observation (p. 57 de sa thèse inaugurale).

« Marie Monnet, trente ans, multipare, bien conformée, et jouissant d'une bonne santé, accouche le 19 février 1863.

« La grossesse avait été très-bonne, le travail fut régulier. Perte abondante avant et après la sortie du placenta ; suites de couches normales les premiers jours. Le 24, la perte se renouvelle et persiste pendant la plus grande partie de la journée. Le 25, la femme perd encore un peu. L'exploration de la cavité utérine fait reconnaître l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, peu consistante et semblant faire partie de la paroi utérine, à laquelle elle adhère. Supposant que l'on a affaire à un cotylédon placentaire resté fixé dans l'utérus, on exerce des tractions, qui ne parviennent pas à détacher la tumeur. On porte le diagnostic de tumeur dépendant de la paroi utérine et on emploie les moyens d'usage pour arrêter la perte qui a reparu. La malade, très-faible, passa les jours suivants dans un état de somnolence continuel, perdant un peu de sang. Le 30, elle expirait.

« A l'autopsie, pas de traces d'inflammation du péritoine ; utérus de volume normal. On incise cet organe sur la ligne médiane : on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix et, tout à côté, une autre qui ne dépassait pas le volume d'une noisette. Ces deux tumeurs font corps avec la paroi utérine et paraissent formées du même tissu que l'utérus lui-même. La muqueuse utérine ne présente rien de particulier.

« L'examen microscopique montre que les tumeurs sont composées des mêmes éléments que les parois de l'utérus. »

2° *Fait observé par sir Barker* (1).

M. Contamin relate, ainsi qu'il suit, le fait recueilli par sir Barker.

« Une malade de sir Barker eut une hémorrhagie dans la nuit du 4e au 5e jour après son accouchement. Le médecin de service parvint à maîtriser la perte en comprimant l'utérus et en tamponnant le vagin. Le lendemain, sir Barker, étonné de cet accident qui était devenu très-rare dans son service, depuis qu'il y pratiquait la délivrance par la méthode d'expression, voulut chercher les traces de l'hémorrhagie; mais le sang revint en grande quantité, et il dut pratiquer de nouveau le tamponnement. Ce ne fut que le jour suivant que l'on put enlever de nouveau les tampons. On vit alors un polype qui siégeait dans la cavité du col. Il était pédiculé et avait la forme et le volume d'une petite figue. Après son ablation, tout écoulement sanguin cessa. »

3° *Fait de M. Tarnier.*

Voici les principales particularités de ce fait, telles qu'elles m'ont été rapportées par Mme Soulard.

La malade était sexipare. Durant tout le cours de cette sixième grossesse, sauf deux mois, la perte de sang a été ininterrompue. Pour se faire donner des soins, cette femme entra à la Maternité, au terme de sept mois et demi. On put, par un traitement approprié, conduire à terme la grossesse et la délivrance fut effectuée par une application de forceps.

1. The puerperal diseases, p. 22.

Cette perte était considérée comme dépendant d'une inversion vicieuse du placenta. On s'attendait donc à la voir cesser après l'évacuation de l'utérus. Il n'en fut rien. On dut appliquer plusieurs tampons. L'hémorrhagie n'en persista pas moins. Sérieusement alarmé, M. Tarnier pria M. de Saint-Germain, alors son adjoint dans le service, d'explorer avec lui la malade.

L'orifice entr'ouvert était rempli par une proéminence que le professeur considérait comme une portion de l'organe gestateur. En un mot, il croyait à une inversion de l'utérus, et se proposait d'en opérer la réduction.

M. de Saint-Germain introduisit la main dans l'ampoule vaginale, pour se rendre un compte plus exact de l'état des choses. Il ne tarda pas à s'apercevoir que la tumeur était pédiculée. *Il ne s'agissait donc pas d'une inversion, mais d'une tumeur fibreuse de l'utérus.*

Le polype fut saisi et abaissé avec une pince de Museux puis détaché à coups de ciseaux. La perte ne s'est plus reproduite et la malade s'est rétablie.

En voyant un praticien aussi éminent que M. Tarnier persister, pendant vingt et un jours, dans une erreur de diagnostic, on comprend la difficulté que doit éprouver, dans semblable condition quiconque est moins versé dans l'art si scabreux des accouchements. En pareil cas, on songe à tout, excepté à un polype. Une seule condition est apte à dessiller les yeux. Sous l'influence des divers moyens employés pour réprimer l'hémorrhagie (ergotine, irrigations à grande eau, tamponnement), l'utérus entre en contraction, et le diagnostic finit par s'inscrire au fond du spéculum ou à l'exploration digitale. Le polype se présente à la vue ou au doigt. Alors seulement le praticien s'aperçoit de son erreur et trouve tracée la voie nouvelle dans laquelle il doit s'engager. Trop heureux quand il n'a pas été mis trop tard dans le bon chemin !

Dans le fait qui m'est personnel, on va voir que, non-seulement j'ai moi-même fait fausse route pendant dix-sept jours, mais que mon erreur, je dois même dire *mes* erreurs ont été partagées, à deux reprises, par un chirurgien très-distingué, appelé par moi en aide. Nul, cependant, plus que cet habile confrère, n'était apte à commettre

une telle confusion. Le D[r] Berrut, puisqu'il faut le nommer par son nom, a pratiqué l'ablation d'un nombre considérable de polypes de l'utérus. Pour qu'il s'arrêtât à cette cause d'hémorrhagie *post partum*, il a fallu, à une troisième exploration, le témoignage révélateur des sens, la constatation de la tumeur pédiculisée, faisant issue, à ce dernier moment, au travers du col fortement dilaté de l'utérus.

Voici, du reste, les principales particularités de cette intéressante observation.

4° *Fait recueilli par l'auteur.*

M[me] X. est âgée de vingt-trois ans. Sa mère a succombé à la tuberculose, huit mois après lui avoir donné le jour. Mariée depuis quatre ans, elle a eu, dans les sept premiers mois de son union, deux fausses couches. Il y a trois ans, elle est allée aux bains de mer. C'est à dater de cette époque qu'elle a commencé à tousser. Jouissant d'une grande fortune, cette jeune dame a pu recevoir les soins les plus assidus, grâce auxquels la tuberculose a été enrayée dans sa marche. C'est dans de telles conditions qu'est survenue une troisième grossesse, dont la solution m'a été confiée. Appelé auprès de M[me] X. le 15 mars 1880, au terme présumé de huit mois, j'ai constaté la présence de tubercules crus au sommet du poumon droit.

L'invasion du travail a eu lieu le 16 mai, à 6 heures du soir. Témoin des efforts impuissants de la matrice, à 1 heure du matin, j'ai procédé à une application de retroceps, à l'aide duquel il m'a été donné, en quelques instants, de mettre au monde une enfant très-vivace, aussitôt confiée aux soins d'une nourrice.

Les premières suites des couches ont été très-heureuses. Grâce à l'emploi des alcoloïdes, la malade n'a même pas eu de *fièvre* dite *de lait*.

Le dixième jour, étendue sur une chaise longue, M[me] X. a été approchée de la fenêtre, tenue ouverte pour lui permettre de respirer l'air vivifiant d'un grand jardin.

La convalescence s'effectuait de la façon la plus heureuse quand, le 2 juin, dix-sept jours après l'accouchement, survint un accident bien inattendu. A 9 heures 1/2 du soir je fus appelé en grande hâte auprès de la malade, chez laquelle s'était inopinément déclarée une abon-

dante métrorrhagie. A quelle cause attribuer une perte survenue à une époque aussi tardive? La délivrance une fois effectuée, j'avais pu m'assurer de l'extraction intégrale du placenta et des membranes. Une déchirure du col eût assurément donné lieu à des effets beaucoup plus immédiats. La malade n'avait cessé d'être soumise à l'emploi de la teinture obstétricale, à l'effet d'obtenir la permanence des contractions utérines et l'occlusion des orifices béants des sinus utérins. Il n'y avait pas lieu de soupçonner la présence de caillots sanguins au sein de l'organe gestateur.

Ces causes écartées, je crus devoir attribuer cet accident à un état dyscrasique du sang.

En tout cas, l'indication était pressante. J'appliquai mon ballon hydrostatique que je gonflai avec deux verres d'eau froide. Je pratiquai, aux régions fessières, quatre injections hypodermiques, contenant chacune 0, 10 d'ergotine. J'appliquai des bouteilles d'eau très-chaude le long de la colonne rachidienne. J'élevai fortement le bassin avec un oreiller; je tins la tête dans une position déclive.

Le lendemain matin, 3 juin, j'enlevai le ballon et retirai, après lui de nombreux caillots sanguins. Puis j'appliquai le spéculum, pour procéder à un examen minutieux de l'organe.

Le col présentait un aspect violacé. Le museau de tanche, largement ouvert, ne portait la trace d'aucune lésion. Les lèvres étaient d'une grande flaccidité.

Ces caractères révélateurs d'une grande atonie de l'organe ne firent que me confirmer dans l'opinion que j'avais cru devoir me former. Je me considérai comme étant en présence d'un cas grave d'hémophilie utérine.

Je continuai l'emploi des mêmes moyens, auxquels j'ajoutai les injections vaginales abondantes d'eau d'abord chaude, puis froide.

L'hémorrhagie continua cependant, en des proportions diverses, jusqu'au 12 juin. Ce jour-là, à 5 heures 1/2 du soir, le sang coulant à flots, je crus devoir recourir à un mode puissant d'hémostase.

Je ne pouvais songer à mettre en usage le tamponnement classique (cérat et charpie, de chaque une livre : *plein un chapeau*, selon l'expression caractéristique de Pajot). En outre que cette opération est longue et douloureuse (surtout le retrait du tampon), je ne pouvais

songer à placer au sein des organes un véritable foyer de putréfaction. Du reste, eu égard à la fluidité du sang, était-il permis de compter plus sur l'action hémostatique du tampon à la charpie, que sur celle du ballon hydrostatique ?

C'était donc au tamponnement intra-cervical qu'il était indiqué de recourir. Il était deux façons de la pratiquer. Je pouvais recourir à l'éponge préparée, ou faire usage d'un bourdonnet de charpie ou de ouate.

Une considération qui me parut très plausible me fit renoncer à l'idée d'utiliser l'éponge préparée.

L'orifice était ramolli et très-dilatable. Pour que ce dernier agent d'hémostase donne lieu à de sûrs effets, il est de rigueur que l'orifice présente de bonnes conditions de tonicité. Dans le cas actuel, en se dilatant, l'éponge n'eût-elle pas été susceptible d'ouvrir une voie plus large encore à l'écoulement sanguin ?

L'événement n'a pas tardé à le démontrer : il est fâcheux que je n'aie pas suivi ma première inspiration. L'orifice ainsi largement dilaté, le diagnostic eût été bien plus tôt éclairé. Mais, avec les idées que je m'étais faites sur la nature de l'accident, une telle ligne de conduite n'eût pu être tenue comme rationnelle.

Pour opérer l'occlusion directe de l'orifice cervical, je me décidai à employer un petit tampon d'ouate, que j'imbibai d'une solution de perchlorure de fer. Cet agent d'obturation fut maintenu à l'aide d'un tampon d'ouate en queue de cerf-volant. Dans la journée, il fut ensuite administré, en quatre doses, 0,50 de sulfate de quinine, médicament dont on se plaît, depuis quelque temps à vanter les bons effets hémostatiques.

Le 13, la perte est moins abondante. Enlèvement du tampon intracervical, qui est aussitôt remplacé.

Le 15, la situation demeurant la même, je désirai m'éclairer des lumières d'un confrère. J'appelai donc en consultation l'honorable Dr Berrut, dont il m'a été donné, à plusieurs reprises, d'apprécier les connaissances, en matière de gynécologie. Mon savant confrère se rallia de tous points à mon opinion et fut d'avis de continuer le traitement par moi institué.

Le 17, une modification locale devint pour moi la source d'une

seconde erreur d'appréciation. Je trouvai l'orifice cervical plus rose et plus ferme, ouvert de 0, 025. Dans le champ de cet orifice se voyait une surface unie et grisâtre, offrant tout l'aspect de la muqueuse utérine. Je crus à une tendance à l'inversion de la matrice. Je portai dans l'orifice un nouveau tampon d'ouate perchlorurée, et m'efforçai d'opérer la réduction de la partie tendant à s'inverser.

Le 19, seconde consultation avec le Dr Berrut. L'orifice cervical affecte un diamètre de 0,04. La muqueuse a pris un aspect violacé, tomenteux, que mon honorable confrère considère comme la conséquence d'un étranglement circulaire cervical. Plus que jamais convaincu qu'il s'agit d'une inversion, M. Berrut dispose un tampon d'ouate au bout d'un long bâtonnet et, par une pression méthodique, assez douloureusement supportée, il s'efforce d'en obtenir la réduction. Aucun corps étranger n'est placé dans le vagin. Simples irrigations à grande eau froide, aiguisée d'un peu d'eau-de-vie.

Le 20, à ma première visite, je reconnais, par le simple toucher digital, que la tumeur a sensiblement augmenté de volume. A une heure de relevée, je conduis auprès de la malade le Dr Berrut, qui se prépare à opérer une réduction plus complète, à l'aide d'un tampon d'ouate fixé dans les mors d'une longue pince droite.

Avant de faire usage de cet instrument, il croit bon de tenter la réduction manuelle. A cet effet, il introduit la main entière dans les organes maternels. C'est alors seulement qu'il est donné à ce chirurgien de rectifier notre double erreur de diagnostic. Il s'aperçoit enfin que la tumeur est pédiculée. Il s'agit d'un corps fibreux de l'utérus. Le pédicule affecte la grosseur du doigt.

Prompt à prendre une détermination, M. Berrut, sans désemparer, rompt le pédicule implanté au fond de l'utérus. Le polype présentait le volume d'un petit œuf de poule.

Le produit parasitaire une fois extrait, l'hémorrhagie s'est trouvée suspendue sans retour. La convalescence s'est affirmée de jour en jour. Le 3 juillet, madame X. a pu descendre au jardin. Le 6, elle a fait sa première sortie en voiture. A la fin de juillet, elle est partie pour la campagne, dans des conditions de santé aussi favorables que le comporte la tuberculose pulmonaire au premier degré, dont elle est atteinte.

On voit, par les quatre cas qui précèdent, combien il est difficile de reconnaître, tout d'abord, la cause de cette variété de l'hémorrhagie *post partum*. Le plus ordinairement elle passe méconnue, jusqu'au moment où il devient possible de constater la présence du corps du délit. Trop souvent elle n'a été reconnue que par la nénopsie.

Chez notre jeune dame, du reste, trois raisons étaient de nature à égarer notre diagnostic.

A cet âge de la vie, on a rarement occasion de rencontrer ces sortes de tumeurs. D'après Rokitansky, c'est à peine si elles se montrent avant trente ans. Bayle n'en connaissait pas d'exemples avant ce dernier âge. Ce n'est qu'à quarante ans, selon le premier auteur, qu'elles sont surtout fréquentes. Joh. Fr. Heckel ne les a pas observées avant cinquante ans (1).

J'en ai, pour mon compte, rencontré un assez grand nombre, dans l'état de vacuité. Toutes ces femmes avaient dépassé trente ans. Je n'en ai jamais observé dans la période gravide, condition dans lesquelles elles ne se produisent que rarement et où elles ne se révèlent que par exception à l'exploration de l'accoucheur. Pour ce double motif, j'étais donc bien loin de soupçonner ici la présence d'un polype.

La troisième raison, susceptible de nous égarer, a tenu à l'apparition tardive de l'hémorrhagie (dix-sept jours après la délivrance). Dans les deux cas cités par le Dr Contamin, elle est apparue du quatrième au cinquième jour après l'accouchement. Dans le fait de M. Tarnier, la perte de sang a persisté durant presque tout le cours de la grossesse et a redoublé d'intensité aussitôt après la solution du travail.

La persistance de l'hémorrhagie, pendant la période de gestation, ne saurait guère, du reste, constituer qu'un fait exceptionnel. La compression exercée par le produit de la conception doit, en effet, le plus ordinairement, s'opposer à l'accroissement du corps parasitaire et mettre obstacle à la filtration sanguine, qui, s'effectue mieux, au travers de la muqueuse du polype.

Cette dernière assertion est tellement vraie, que Oldham a pu s'assurer qu'il suffit de jeter une ligature sur le pédicule, sans l'inciser, pour amener la cessation de la perte.

(1) Démarquay et Saint-Vel, *loco cit.*, p. 165.

L'hémorrhagie, cependant, peut reconnaître un autre mécanisme. Lorsque le myôme est infiltré selon une grande étendue dans le parenchyme utérin, quand la masse des corps fibreux est considérable, la perte se reproduit, parce que l'organe est dans l'impossibilité de se contracter.

Après l'accouchement, les conditions deviennent bien différentes. Aucune compression ne vient plus entraver le corps fibreux dans son développement. Ce n'est pas tout; à ce moment, les organes gestateurs deviennent le siège d'un mouvement fluxionnaire. Cette double cause rend parfaitement compte de la profusion de l'hémorrhagie. On a vu, notamment dans le cas observé à la clinique de Lyon, que la perte de sang a pu entraîner, en sept jours, la mort de la malade.

La rareté des accidents de cette nature explique suffisamment l'incertitude de l'homme de l'art. Il songe d'abord à attribuer l'hémorrhagie à une tout autre cause. C'est ainsi que, chez cette jeune femme, nous avons, en premier lieu, cru à une inertie secondaire, à une hémophilie. Lorsque, bientôt, dans l'aire du col dilaté, nous avons aperçu une surface muqueuse, l'idée d'une inversion utérine devait naturellement se présenter à notre esprit.

L'exploration, par voie rectale, nous eût permis d'éclairer aussitôt la question. Mais, d'une part, notre supposition nous semblait légitime; d'autre part, les chirurgiens français professent peu d'enthousiasmes pour ce procédé... par trop américain ! Nous n'avons donc même pas songé à l'utiliser.

C'est à l'idée d'une inversion, on l'a vu que, dans des circonstances analogues, avait cru devoir également s'arrêter le professeur Tarnier. En pareil cas, assurément, telle serait l'opinion qui ne saurait guère manquer d'être conçue par tout accoucheur. C'est, qu'en effet, il est plus fréquent, à la suite de la parturition, d'observer l'inversion que les corps fibreux intra-utérins.

En pareils cas, il serait un moyen de fixer promptement ces incertitudes. Ce serait d'opérer la dilatation artificielle de l'orifice cervical avec des cones d'éponge préparée. Mais, pour en venir à ce mode d'exploration, il faudrait songer à la présence d'un corps fibreux au sein de l'organe. Le malheur est que, par suite du silence gardé sur ce point par les ouvrages d'accouchements, cette cause d'hémorrhagie

est à peine soupçonnée. Faut-il donc s'en étonner ? Le praticien ne reconnaît son erreur qu'au moment où le corps fibreux vient à émerger au travers de l'orifice.

Fort heureusement, le traitement institué contre l'hémorrhagie constitue un excellent moyen de faire apparaître le corps étranger. Les douches utéro-vaginales, les injections sous-cutanées d'ergotine, le tamponnement intra-cervical, ne sont-ils pas de puissants agents d'excitation des contractions expulsives de l'utérus ? C'est grâce à l'emploi de ces mêmes moyens que, chez notre jeune malade, la tumeur fibreuse est devenue enfin apparente. Le diagnostic une fois fixé, il n'y a plus qu'à procéder à l'ablation du corps étranger, dont l'extraction met fin à l'hémorrhagie... *Sublata causa...*

D[r] L. HAMON (de FRESNAY).

THÉORIE DE LA MENSTRUATION

Par Madame MARY PUTNAM JACOBI

Professeur de matière médicale au Collège de médecine des femmes à New-York.

Traduit de l'anglais, par le docteur RAOUL FAUQUEZ.

Nous avons extrait et traduit d'un ouvrage de madame Mary Putnam Jacoby, docteur en médecine, professeur de matière médicale au collège de médecine des femmes de New-York, publié à New-York en 1877, et qui a pour titre: « *La question du repos pour les femmes pendant la menstruation* », un chapitre fort remarquable dans lequel elle reproduit avec beaucoup d'ordre et de soin les théories principales de la menstruation depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Outre l'exposé de ces théories, ce chapitre contient leur discussion et les appréciations personnelles de l'auteur.

Il nous a paru intéressant de faire connaître aux lecteurs de la Revue ce travail réellement très-complet dans lequel madame Mary Putnam a reproduit les opinions de nombreux auteurs qui font autorité dans la science, opinions sur lesquelles elle s'est appuyée pour tirer ses conclusions.

Quant à nous qui n'avons pas changé de manière de voir depuis

que nous avons admis sans réserve la théorie de Rouget, nous n'engageons en aucune façon notre responsabilité au sujet de ces conclusions.

Dr FAUQUEZ.

Au commencement de cet ouvrage, j'ai fait quelques citations qui montrent que ce sujet intéressant a été l'objet d'opinions différentes. Ces opinions peuvent être divisées en trois classes, qui correspondent rigoureusement à trois époques d'une durée très-inégale.

La première est la théorie de la pléthore qui considérait que le flux menstruel représente la nourriture en excès sur les besoins de l'individu, en réserve pour ceux du fœtus. A cette manière de voir se joignait généralement une théorie cosmique qui établissait, en vertu de sa périodicité toute spéciale, un rapport entre le flux menstruel et les phases de la lune ou autre phénomène cosmique. Cette théorie régna plus ou moins depuis Hippocrate jusqu'à Pouchet.

La seconde est la fameuse théorie de l'ovulation nettement formulée depuis 1845, qui regarde l'hémorrhagie menstruelle comme un phénomène secondaire entièrement sous la dépendance de la déhiscence périodique des ovules. Autour de cette théorie s'est groupée la plus brillante littérature gynécologique des temps modernes. Cependant cette fameuse théorie est, depuis ces dernières années, attaquée et combattue de tous côtés et semble vraisemblablement céder la place à une troisième qui n'est pas encore assez nettement définie pour avoir un nom et, d'après laquelle, l'ovulation et le flux menstruel sont des processus qui marchent de pair, mais qui restent distincts, le dernier étant subordonné aux changements qui se produisent, non pas dans l'ovaire, mais dans l'utérus préparé pour la fécondation.

Il est de notre intérêt d'examiner un peu attentivement, mais non dans l'ordre établi, chacune de ces théories. La théorie de l'ovulation par droit de prééminence tient la première place et doit être examiné en première ligne. Dans la discussion de la théorie de l'ovulation, il n'est pas nécessaire de répéter en détail l'histoire de sa découverte qui a été si souvent rapportée (voyez Pouchet, Courty, Ritchié, Raciborski etc.).

Il nous suffit de nous apesantir sur les détails suivants qui ont occasionné le plus de discussions. Ce sont le développement de la vési-

cule de Graaf; l'origine et la nature de l'ovule, la périodicité ou la continuité de sa production ; la cause de sa chute; le rapport qu'il y a entre cette chute et l'époque de l'hémorrhagie menstruelle ; la succession des modifications qui se passent dans l'utérus et qui sont en rapport avec le flux menstruel ; les relations qui existent entre l'hémorrhagie et la nutrition générale, ou le système nerveux ou la tension vasculaire, etc.

Négrier (1) affirmait que, à la naissance, les ovaires étaient homogènes ; que les premières vésicules apparaissaient pendant la première année et commençaient à atteindre quelque dimension à environ dix ans. Cruveilhier dit : « Ils (les ovaires du fœtus) contiennent un certain nombre de très-petites vésicules ou plutôt granulations.» *Anatomie descriptive*, t. III, p. 649, 1843.

D'après Raciborski (2), tous les anatomistes admettaient, jusque dans ces derniers temps, que les ovaires du fœtus contenaient seulement les germes aux dépens desquels se formaient les vésicules de Graaf, quelques années après la naissance. Cet auteur attribue à Sappey la découverte de 400,000 follicules dans l'ovaire d'une enfant de deux ans. Mais en 1837, Carus (3) avait déjà signalé les vésicules de Graaf chez une jeune enfant. En 1864, Henle (4) trouva des follicules dans l'ovaire d'un nouveau-né et en estime le nombre à 360,000.

Les recherches de Pfluger sur l'origine des follicules datent de 1863. Tous les anatomistes modernes reconnaissent « que la formation, le développement et la maturation des vésicules de Graaf et de l'œuf continuent sans interruption depuis l'enfance jusqu'à la fin de la période d'activité sexuelle de la femme (5) », « que les vésicules de Graaf sont déjà formées chez le fœtus et chez le nouveau-né, mais qu'on en trouve aussi chez l'adulte (6) ». Cette dernière opinion est formellement contredite par Waldeyer. « Les follicules », dit cet observateur distingué, « apparaissent d'abord à dix-huit ou vingt semaines de la vie fœtale. A ce moment ils contiennent l'ovule, et un simple revête-

1. *Recherches sur les ovaires.*
2. *Traité d'anatomie descriptive*, 1867.
3. Mullers. *Archiv.*, 1837.
4. Handbuch *der systematisch, Anat.*, Bd II, p. 484.
5. Gray. *Human Anatomy*, p. 753, 2e édit. 1860, p. 710, 1870.
6. Beaunis et Bouchard, *éléments d'anatomie descriptive*, p. 829.

ment de cellules épithéliales, beaucoup plus petites que celles de l'œuf (1). » En 1863 Pflüger (2) a décrit les follicules de Graaf comme prenant naissance dans des prolongements tubulaires de l'épithélium péritonéal qui pénètrent dans le stroma vasculaire de l'ovaire. A une époque où le stroma n'est pas encore solide, il est facile de distinguer ces tubes. Waldeyer compare leur formation à celle des follicules pileux et des glandes sébacées dans la peau. A mesure qu'elles pénètrent, l'extrémité qui est du côté de la surface se resserre graduellement et à la fin se ferme puis s'entoure d'un réseau de tissu conjonctif. Ce réseau forme, au bout de deux ans et demi, une couche épaisse, entourant comme d'une capsule l'œuf (3). A ce moment l'ovaire a presque la même structure que dans l'âge adulte (Waldeyer). «On peut trouver, chez des enfants de une semaine à quatorze ans, des follicules plus ou moins mûrs, impossibles à distinguer par aucun signe de ceux des femmes adultes (4). »

Ritchie, en 1865, rapporte en détail trois autopsies d'enfants, un à sa naissance, un à seize semaines, un à cinq ans et demi. Dans chaque cas, la surface des ovaires était lisse. Mais, dans le premier, il trouva deux vésicules, dans le troisième sept ou huit, tandis qu'il vit l'intérieur du second profondement parsemé de vésicules extrêmement délicates, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une simple pointe, et remplies d'un liquide laiteux.

Dans l'ovaire de l'enfant de cinq ans, les plus grosses vésicules étaient de la dimension d'une graine de moutarde, avaient une capsule opaque et contenaient un coagulum rougeâtre. La capsule d'un autre était de couleur rouge brique, et contenait un coagulum d'une nuance plus claire au centre, mais entouré d'un léger disque qui semblait formé d'un sang coloré en noir (5).

D'après Waldeyer, deux différences distinguent principalement les ovaires de l'enfant nouveau-né de ceux de l'adulte. L'enveloppe de tissu conjonctif qui entoure les follicules (albuginée) est formée d'un

1. *Die Eierstocke*, p. 21. 1871.
2. *Ueber die Eierstocke du Saugethiere.*
3. Klebs. *Die Eierstocke der Saugethiere and Vogel.* Arch. Virchow. Bd 28, 1863.
4. Grobel. *Ueber der Rau und das Wachsthum des menschlichen Eierstocke.* Arch. Virch. Bd, 26.
5. *Contribution to ovarien physiology and pathology*, p. 16. 1865.

mince réseau de fibres et de petits follicules encore groupés ensemble sous forme de grappe. Grobe et Waldeyer signalent d'importantes modifications dans le stroma et insistent sur l'accroissement de sa vascularisation, observée à l'approche de la puberté ; mais à partir du moment où les tubes ont été convertis en follicules sphériques, la structure de ces derniers reste essentiellement la même :

Henle (*loc. cit.*) dit que l'enveloppe du follicule consiste en une tunique fibreuse et une tunique propre au follicule, la première dérivée du stroma de l'ovaire, la seconde développée dans la membrane interne des cellules — membrane granuleuse.

Waldeyer admet l'existence de ces deux enveloppes, mais les fait dériver toutes les deux du stroma de l'ovaire, dans lequel la prolongation tubulaire des cellules s'est fixée primitivement.

C'est aussi l'opinion de Klebs. Slaviansky décrit les mêmes membranes sous le nom d'enveloppe « perifolliculaire », pour la distinguer du parenchyme et il admet, avec Henle, une membrane propre, riche en cellules rondes et une couche externe de tissu conjonctif reticulé, lâche, formé de fibres et de cellules fusiformes. La membrane propre dont Klebs nie l'existence est désignée par Slaviansky comme la membrane sur laquelle s'appuient les cellules épithéliales de la membrane granuleuse. On peut facilement le voir sur des préparations fraîches. C'est primitivement un endothélium, comme on peut le démontrer en le colorant avec de l'argent, mais finalement il perd ses noyaux. Il ne doit pas exister dans les follicules primordiaux (Waldeyer). Le parenchyme du follicule (Slaviansky), ou son contenu (Waldeyer), se compose de la membrane granuleuse, ou des cellules épithéliales qui garnissent le follicule, qui résultent, selon toute apparence, du protoplasma cellulaire augmenté de volume et dissous, enfin de l'ovule entouré de son disque proligère. Les petits follicules mesurent 50 à 60 μ. les plus gros 1 à 1.5 m. m., les ovules 35 à 10μ. Ritchie dit que la dimension des follicules varie de la grosseur d'une graine de coriandre à celle d'une graine de raisin. La principale divergence d'opinion entre Pfluger et Waldeyer repose sur l'origine précise de l'ovule. Pfluger décrit certaines cellules larges, avec un noyau clair, faciles à distinguer dans la masse de l'épithélium germinatif de l'abdomen, qu'on peut voir chez l'embryon pénétrer dans les orifices

ouverts des prolongations en forme de bouteille. Il considère ces cellules comme l'œuf primitif et désormais distinct de l'épithélium du follicule. Mais, suivant Waldeyer, l'œuf dérive d'une de ces cellules épithéliales qui augmente simplement de volume.

Par conséquent, l'ovule et l'épithélium dérivent tous les deux directement de l'épithélium germinatif à la surface de l'ovaire; ainsi, en remontant plus loin, de la masse de cellules qui constituent le corps de Wolf.

Il (1) démontre que la cellule reproductive doit être un épithélium jusqu'à ce que sa capacité de développement soit appelée à surpasser celle de tous les autres éléments, et cette capacité persiste plus longtemps dans les tissus épithéliaux que dans les autres (2).

Il insiste avec juste raison sur l'opinion formulée par Schroen que c'est être en désaccord avec la nécessité philosophique que de faire dériver la membrane granuleuse du tissu conjonctif (3).

Ainsi donc, quant aux vésicules de Graaf complètes, contenant un œuf complet, il est certain qu'elles existent longtemps avant la puberté ou l'établissement de la menstruation, et non dans un état rudimentaire, mais grosses et complétement formées.

Ce n'est pas tout. L'augmentation graduelle de volume de l'œuf, admise comme son mode de processus vers l'état de maturité, suivie d'une régression particulière ou d'atrophie est aussi observée dans l'enfance.

La fonction de l'ovaire (maturation des follicules) s'exerce non-seulement chez les femmes adultes, mais aussi avant la menstruation et pendant l'enfance (4).

Mais lorsque pendant l'enfance les follicules ont atteint le volume

---

1. *Unsere Korper Forme* p. 152. 1875.
2. La rapidité est en proportion inverse de la durée; le système nerveux est plus rapidement développé, et plus vite arrêté dans son développement, à tel point qu'il peut être régénéré après la naissance. Le tissu musculaire est intermédiaire aux deux. Voyez aussi les remarques de Paget: « Les structures épithéliales sont exposées à une mort spontanée et à la desquamation comme les cheveux, les dents, l'épiderme » *Surgical Pathology* p. 8.— L'ovule, comme structure épithéliale. suivrait simplement la loi générale.
3. Spencer (*Prin. Biol.*, p. 22) observe que ces cellules épithéliales modifiées ne sont pas remarquables par leur complexion, mais plutôt par leur simplicité. Ce sont des cellules qui se sont écartées, mais très-peu, du type original et le plus général, qui sont sans caractère spécial et plutôt même sans aucun caractère. On sait bien que Kolliker fait dériver les spermatozoïdes de l'épithélium.
4. Slaviansky, *loc. cit.*

d'un pois ou au-dessus, *ils ne se rompent pas,* mais subissent une involution physiologique.

Cette involution diffère de celle qui suit la rupture, lorsque le corps jaune est formé, en ce qu'elle résulte d'une sclérose et non d'une dégénérescence graisseuse.

La cavité se remplit d'une masse granuleuse formée de cellules fusiformes, rondes et ovales, sur laquelle les parois se resserrent irrégulièrement jusqu'à ce qu'enfin il ne reste plus comme trace du follicule qu'une tache grisâtre représentant la cicatrice (1).

Waldeyer déclare que l'avortement des ovules persiste non-seulement pendant toute l'enfance, bien qu'ils ne subissent pas de rupture, mais encore après la puberté.

« Les ovaires contiennent un assez grand nombre de membranes brillantes, formant des plis homogènes, qui entourent une masse granuleuse et fibreuse qu'on aurait de la peine à considérer comme autre chose que les restes de follicules avortés (2). » En 1864, Henle décrivit ces mêmes cicatrices consistant en « une membrane brillante composée de nombreux plis, formant une vésicule remplie de tissu conjonctif et qu'on doit *probablement* considérer comme le résultat de la chute des follicules » (3). Ritchie soutient que la rupture des vésicules de Graaf se fait même pendant l'enfance, mais alors par des ouvertures capillaires rondes à travers lesquelles le fluide granuleux transparent peut s'échapper. Les cicatrices que laisse la rupture des vésicules coïncidant avec la menstruation et la formation des corps jaunes sont linéaires et irrégulières.

« On trouve, à la surface des ovaires d'enfants, des cicatrices indiquant la maturation des follicules, mais il n'existe pas chez les

---

1. L'entière évolution de la vésicule devrait donc s'accomplir par la prolifération de son contenu cellulaire. Mais après la puberté, la couche périfolliculaire devient plus vasculaire et l'augmentation de tension dans les vaisseaux sanguins provoque un épanchement dans la cavité. La pression exercée sur le liquide par le stroma se transmet à la paroi au point qui offre le moins de résistance et amène son amincissement graduel et finalement sa rupture. Un phénomène de simple nutrition cellulaire a fait place à un autre qui résulte de l'hypérémie et d'une modification de la tension sanguine.

2. *Loc. cit.* p. 27.

3. Soit que, observe Henle, le follicule qui contient un œuf mûr doive nécessairement se rompre ; soit que la rupture ait lieu seulement au moment de la menstruation ou à une autre époque, à la suite du coït..... Ce sont des questions auxquelles il n'est pas possible de répondre à présent. Handbuch. Bd. II, p. 488.

êtres humains d'observations démontrant qu'avant la puberté un œuf se soit échappé d'un follicule de Graaf. La puberté et la maturité sexuelle ne dépendent pas de l'état de développement de la vésicule de Graaf et de l'ovule, car ceux-ci existent depuis la seconde ou la troisième année.

L'ovule, la vésicule germinative et la tàche germinative ont presque les mêmes dimensions que chez les adultes mais chez ces dernières, le nombre des vésicules de Graaf mûres est un peu plus grand que chez les enfants. Pendant l'enfance les follicules mûrs subissent une métamorphose rétrograde sans rupture. Le liquide du follicule est graduellement absorbé, la membrane granuleuse tombe en dégénérescence graisseuse, la cavité devient plus petite, l'œuf devient granuleux et finalement se dissout. »

Ritchie a suffisamment démontré la présence de larges vésicules de Graaf, remplies d'un liquide transparent s'élevant au-dessus du niveau de l'ovaire, paraissant prêtes à se rompre, chez des femmes mortes en couches ou à la suite d'une aménorrhée pathologique longtemps prolongée.

La preuve de l'existence, du développement progressif et de l'atrophie des vésicules de Graaf et des œufs avant la possession du pouvoir reproducteur, à des périodes diverses en rapport avec la menstruation et l'indépendance qui est la conséquence de ce processus sur celui de la menstruation est très-affaiblie à la suite de l'examen soigneux des preuves sur lesquelles la théorie de la dépendance s'est appuyée.

Les premiers défenseurs de cette théorie, plus spécialement Bischoff (1), Raciborski (2) et Pouchet (3), furent les premiers de tous ceux qui s'occupèrent de la question à prouver que la rupture de la vésicule de Graaf (4) et la chute de l'ovule se produisaient spontanément et indépendamment du coït. Le rapport exclusif de cette chute avec la menstruation fut dans le principe une pure déduction, *une*

1. *Beweis neber* der Begattung. 1854.
2. *Traité de la menstruation.*
3. *Théorie de l'ovulation spontanée.* Elle est sans conteste admise par Courty, Longet, Liegois, Brucke, Virchow, Beaunis, etc. Elle a toujours été attaquée par Aran.
4. *Gesammdt. Abhandlungen*, p. 736.

vue de l'esprit, adoptée comme un corollaire des expériences qui avaient montré des vésicules rompues chez des animaux inférieurs, sacrifiés pendant le rut, période durant laquelle ils avaient été soigneusement isolés. Pouchet proclame les dix lois suivantes résumant la théorie qui, suivant Virchow, a révolutionné toutes nos idées à l'égard de cette partie importante de l'anthropologie.

1. L'espèce humaine et les mammifères sont soumis aux mêmes lois fondamentales.

2. D'un bout à l'autre du règne animal, la génération s'effectue au moyen d'œufs qui existent avant la fécondation.

3. Beaucoup d'obstacles s'opposent à la possibilité du contact entre le fluide séminal et les ovules encore contenus dans les follicules de Graaf.

4. La fécondation ne peut s'effectuer que lorsque l'œuf a acquis un certain degré de développement et après sa séparation de l'ovaire.

5. Dans toutes les séries animales, il est incontestable que les ovaires rejettent les ovules indépendamment de la fécondation.

6. Chez tous les animaux la chute des ovules se fait à des époques fixes, en rapport avec la surexcitation périodique des organes génitaux.

7. Dans l'espèce humaine et chez les mammifères, la fécondation ne se fait jamais que lorsque la chute des ovules coïncide avec la présence du fluide séminal.

8. La menstruation chez la femme correspond au phénomène d'excitation qui se manifeste aux époques du rut chez les divers animaux et spécialement chez les femelles des mammifères.

9. La fécondation est en relation constante avec la menstruation; par conséquent, dans l'espèce humaine, il est facile d'établir rigoureusement l'époque intermenstruelle pendant laquelle la conception est physiquement impossible.

10. Dans l'espèce humaine et chez les mammifères, l'ovule et le sperme se rencontrent, à l'état normal, dans l'utérus et dans la région voisine des trompes de Fallope, et c'est là que la fécondation a lieu.

Contre les cinq premières lois, les recherches modernes les plus approfondies n'ont pas réussi à élever la moindre objection. Il en est

tout autrement de la sixième et il y a un grand intérêt à examiner avec soin les preuves sur lesquelles une loi si importante peut reposer. Ces preuves ont été divisées par Pouchet en deux classes, directes et indirectes. Les preuves directes sont les suivantes :

Dans toutes les séries biologiques, lorsque l'organisme de l'animal a atteint son plus grand développement, les organes sexuels deviennent le siège de certains phénomènes indiquant une profonde excitation et bientôt après les ovaires augmentent de volume, les ovules qui étaient restés dans un état latent et de dimensions extrêmement petites croissent avec rapidité, et lorsqu'ils sont suffisamment organisés pour être fécondés avec succès, sont expulsés des organes où ils ont pris naissance et portés au dehors.

Chez beaucoup d'invertébrés, particulièrement chez les insectes, l'organisme est épuisé par une simple crise d'ovulation. Parmi les vertébrés inférieurs, comme les poissons et les reptiles, la turgescence des ovaires n'a lieu qu'une fois par an, à la même époque où les testicules du mâle augmentent de volume.

Lorsque l'ovulation et la fécondation sont normales, elles s'effectuent à l'époque de l'année la plus favorable au développement d'œufs sans abri. Chez les animaux ovipares, la domesticité qui augmente les chances de protection, diminue sensiblement l'intervalle entre les époques du rut. Néanmoins, après chaque période d'excitation, un œuf s'échappe et chez les mammifères, comme les expériences de Cruikshank (1), d'Haighton (2), de Bischoff (3), de Baer (4) l'ont démontré, lorsque les trompes de Fallope ont été liées au commencement du rut, on trouve les vésicules de Graaf rompues, on constate la chute de l'œuf et souvent on peut le retrouver dans l'oviducte.

Pouchet lui-même décrit seulement des observations de corps jaunes trouvés chez des animaux morts pendant la grossesse ou après l'accouchement, et les cite comme une preuve de la rupture des follicules sans l'influence du coït ou sans le contact du fluide séminal.

Il décrit aussi les ovaires de deux jeunes filles vierges qui présen-

1. *Phil. Trans.* 1797.
2. *Phil. Trans.* 1797.
3. *Loc. cit.*
4. *Epistata de ovi mammalium* 1872.

tèrent à l'observation des vésicules de Graaf à diverses périodes de développement et des corps jaunes prouvant que ces derniers s'étaient formés sans fécondation. Mais ces observations qui prouvent le développement spontané et la chute des ovules n'apportent pas la moindre preuve que cette chute n'a lieu qu'à l'époque du rut. Comme on l'a déjà observé, les expériences croisées de Raciborski et de Bischoff qui, en disséquant des mammifères vierges, après l'époque du rut, découvrirent des œufs dans les trompes de Fallope, prouvent que la rupture des vésicules de Graaf a lieu à cette époque, mais ne prouve pas qu'elle n'a pas lieu à une autre.

Bischoff fut assez heureux pour examiner les ovaires de quatre femmes qui moururent pendant la menstruation (1). Dans trois de ces cas, il trouva une vésicule de Graaf rompue et remplie d'un caillot sanguin. Mais, *dans la quatrième, seulement une vésicule non rompue.*

Pouchet lui-même n'a jamais eu la chance de *faire une semblable observation* (2) et il se contente lui-même de son raisonnement purement déductif (3).

« Puisque chez les mammifères, l'époque du rut est aussi celle de l'excitation des follicules de Graaf et de l'expulsion des ovules, comme cette période est également marquée, chez beaucoup de mammifères (truie, singe), par un suintement de sang plus ou moins apparent à la surface de l'appareil génital interne, enfin, comme il a été démontré que les femelles des mammifères qui ont subi la castration ne présentent plus le phénomène du rut, et que, d'après Robert, la menstruation cesse chez les femmes de l'Asie centrale qui ont été soumises à cette cruelle opération, on doit admettre que des phénomènes qui ont le même siège, les mêmes causes, les mêmes effets, sont des phénomènes non-seulement analogues, mais encore parfaitement identiques. » (P. 227.) Encore (p. 244), dans le chapitre destiné à démontrer l'identité entre la menstruation et le rut (septième loi), Pouchet dit : « Chez les femmes, comme *il a été prouvé par l'observation chez les mammifères,* ce serait pendant cette pé-

1. Bewels der period. Reifung und Loslosung der Eier. 1864.
2. Loc. cit. p. 240.
3. C'est cet enchaînement de raisonnements qui constitue ses « preuves indirectes » de la théorie positive de l'ovulation.

riode que les vésicules de Graaf développent et subissent cette hémorrhagie interne destinée à expulser l'ovule formé dans leur cavité; mais elles ne sont pas encore rompues. La difficulté des observations sur ce sujet dans l'espèce humaine *nous permet de soutenir notre manière de voir seulement par analogie ;* mais, dans ce cas, l'analogie est si évidente, qu'il est impossible de lui résister..... C'est tout à fait à la fin du flux menstruel que les follicules se rompent et que les œufs sont expulsés.

« *La difficulté de faire des autopsies nous empêche de prouver cette assertion dans l'espèce humaine, mais les observations fournies par les grands mammifères la rendent indubitable.* » Nous croyons, au contraire, que la grande variété dans le phénomène du rut offerte par les différentes espèces et classes d'animaux, et surtout les variations dans sa répétition due aux différences d'habitudes, de milieu, etc., chez les mêmes animaux doivent nous empêcher de tirer des conclusions d'après quelques animaux inférieurs pour les appliquer improprement à la race humaine.

A l'égard de ce mode de raisonnement, nous pensons que les remarques de Ritchie sont parfaitement applicables. « Actuellement, le raisonnement de beaucoup de gens sur le rapport de la menstruation avec la chute du contenu des follicules ovariens, ressemble à celui qu'on employait autrefois au sujet du rapport entre la fécondation et ce qu'on a appelé les corps jaunes; car, de même que les corps jaunes découverts dans les ovaires d'animaux après la fécondation étaient regardés comme les résultats nécessaires et les preuves indubitables de cet acte, à l'exclusion du rut qui le précède, de même maintenant, parce que ce dernier phénomène chez les animaux et l'évolution de la menstruation chez les femmes sont habituellement suivis de la rupture de quelques vésicules de Graaf, ces états (rut et menstruation) sont souvent considérés comme les conséquences indubitables de la chute périodique de l'œuf, à l'exclusion du pouvoir vital des ovaires qui est indépendant de ces états, qui existait antérieurement à eux et dont ils sont simplement les effets corrélatifs. »

Les arguments de Wagner (*Handworterbuch, art. Zeugung,* p. 278) à l'appui de la dépendance sans réserve de la menstruation

avec la rupture d'une vésicule de Graaf sont aussi très-analogues. Mais il admet comme évidente la preuve suivante : Si la menstruation chez la femme signifie réellement le retour périodique de cet état que nous appelons rut chez les animaux, il est par-dessus tout nécessaire de démontrer qu'il est accompagné de la maturation et de la déhiscence d'un ovule ; chose qui, à la vérité, après les récentes expériences, ne peut être mise en doute... Toutes les fois qu'il a été permis d'examiner le cadavre d'une femme, soit mariée, soit vierge, pendant la menstruation ou très-peu après, on a trouvé un follicule complétement mûr ou rompu. L'auteur s'appuie sur Ecker, Tanzer, Ritchie, Argenti, Gerres, Hyrtl, Leocatelli, Letheby, Coste, Meckel, Hannover, Gerlach, Dalton. Il rapporte trois cas personnels dans lesquels il a trouvé un corps jaune à l'époque de la menstruation.

Mais nous savons que les ovaires sont quelquefois remplis de vésicules mûres et que les œufs sont constamment expulsés dans toutes les formes d'aménorrhée, et pendant l'absence normale de la menstruation ; et nous savons aussi que cette dernière fonction s'accomplit souvent sans la rupture d'un follicule de Graaf. Ritchie cite l'autopsie d'une fille vierge de seize ans qui n'avait jamais été réglée et qui mourut au sixième jour d'une fièvre typhoïde. Les ovaires étaient couverts de nombreux points de couleur acajou, un d'eux présentait un orifice capillaire qui conduisait dans une vésicule de Graaf grosse environ comme une petite graine de raisin et dans laquelle il y avait un peu de sang.

. De Sinety rapporte l'autopsie d'une femme qui mourut de phthisie après cinq mois d'aménorrhée et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une vésicule de Graaf récemment rompue. (Cité dans le *Journal des sciences américain,* juillet 1874.)

Dans une autopsie faite dernièrement par l'auteur, d'une femme atteinte d'une néphrite chronique grave, qui mourut trente heures après un accouchement à terme, des vésicules correspondant parfaitement aux descriptions de Ritchie furent trouvées, deux dans un ovaire, une dans un autre.

Williams (*Proc. Royalsoc.*, No. 162,1875. *Journal obstet.*, feb., 1876, p. 7271) Cite vingt-huit cas observés par Reichert, dans lesquels les

organes génitaux offraient les signes de la menstruation. Dans un cas, le follicule était rompu. Dans quatre, le follicule avait mûri avant le commencement de l'hémorrhagie, dans un de ceux-ci le follicule était actuellement rompu et l'hémorrhagie avait eu lieu dans la caduque menstruelle... Reichert conclut que la rupture du follicule de Graaf tient lieu, dans un état antérieur, du flux menstruel. Williams a observé seize cas. Dans douze de *ces cas, la rupture d'un follicule ou l'hémorrhagie dans sa cavité s'était produite avant le retour de la menstruation*. Dans un, il y avait doute, soit que la rupture du follicule ou la trace de la chute de l'œuf eussent pris la première place ; dans deux, une période menstruelle s'était écoulée sans maturation de follicule ; et dans un, une chute périodique était *imminente, bien que les ovaires ne continssent aucun follicule de Graaf mûr*. Il n'est pas improbable que les follicules trouvés dans les trois derniers cas, et qui étaient parvenus au volume d'un pois, eussent atteint leur maturité au prochain retour du flux. Williams conclut que la rupture se fait régulièrement *avant* l'apparition du flux menstruel auquel elle est liée :

Nous pensons qu'on peut en déduire, comme juste conséquence, que les rapports de la rupture de la vésicule de Graaf avec l'hémorrhagie utérine sont variables; ou, comme dit Tilt (*loc. cit.*, p. 28), que la menstruation et l'ovulation sont des faits reconnus parallèles ; mais on n'a pu jusqu'à présent par aucun moyen reconnaître quel est celui qui est la cause de l'autre.

En opposition aux écrits qui prétendent s'appuyer sur une telle accumulation de faits, Beigel (1) observe que « l'opinion qui veut qu'on considère la menstruation comme la conséquence et l'expression de l'ovulation s'appuie, en dehors du principe théorique, sur un très-petit nombre de cas, dans lesquels des follicules rompus ont été trouvés dans les ovaires de femmes mortes pendant la période menstruelle. Le nombre de ces cas est extrêmement restreint et les déductions qui en ont été tirées sont paralysées par ces autopsies, dans lesquelles la mort étant arrivée pendant la menstruation, de tels follicules n'ont pu être trouvés. Ashwell a eu l'occasion de faire l'examen de

1. Nous nous reporterons encore à cette autopsie en parlant des phénomènes vasculaires de la menstruation.

trois cadavres dont les ovaires, bien que la mort fût survenue pendant la menstruation, ne présentaient aucune trace de rupture de follicules de Graaf.

Dans un de ces cas, la femme avait été réglée régulièrement pendant plusieurs années; les ovaires étaient encore parfaitement lisses. Beigel cite aussi la fameuse autopsie de Maria Manning faite par Faget, comme apportant une preuve sérieuse contre la théorie de l'ovulation. Douze heures avant la mort, la femme commença à être réglée. A l'examen on trouva les ovaires de moyenne grosseur et couverts de nombreuses cicatrices. Dans l'ovaire droit, trois vésicules de Graaf un peu proéminentes paraissaient saines et étaient remplies d'un liquide séreux clair. Un quatrième follicule était très-gros. L'ovaire gauche contenait un follicule de Graaf proéminent et complétement développé. Les ovules furent recherchés en vain. La surface des ovaires était un peu plus vasculaire que d'ordinaire et il y avait un point particulièrement vascularisé, mais aucune trace de rupture récente d'une vésicule ou de chute d'un œuf. Dans l'ovaire droit se trouvait un petit kyste ou un corps jaune datant de plusieurs mois (1).

Tous les cas, aujourd'hui passablement nombreux, de conception pendant la période intermenstruelle prouvent évidemment que la chute de l'œuf n'est pas, dans l'espèce humaine, exclusivement liée à la menstruation. Pouchet est tellement convaincu de la nécessité de ce corollaire de sa sixième loi, qu'il a formulé dans la neuvième, qu'il insiste vivement sur l'impossibilité de la fécondation en dehors des périodes voisines de celle de la menstruation. Raciborski cependant est forcé d'admettre que ce qu'il appelle une loi n'est pas invariable. L'auteur de cet essai a eu connaissance d'au moins huit cas dans lesquels la conception a eu lieu quatorze jours après la période menstruelle.

Dans trois autres cas, l'absence des rapports du mariage pendant les douze premiers jours qui suivirent la menstruation évita la fécondation, tandis que la conception eut lieu aussitôt que cette période fut passée. Ainsi un petit nombre d'exemples de cette nature, qui pour-

1. Die Krankheiten des Weiblichen Geschlechts. B. d. I. p. 307, 1874.

rait certainement être beaucoup augmenté par les observations de chaque médecin, suffit pour jeter le discrédit sur la doctrine qui assigne exclusivement à la chute de l'œuf parvenu à maturité la quinzaine qui suit immédiatement la période menstruelle.

Le Dr Oldham dit : « Je connais des cas où la conception a eu lieu dix, douze, vingt-un jours après la cessation de la menstruation et bien que je sois disposé à admettre que la conception a une plus grande tendance à se faire immédiatement après le flux menstruel, je ne possède néanmoins aucun fait qui puisse contredire l'opinion que la femme peut être fécondée en tout temps après les règles (1). »

Beigel rapporte que Hirsch (2) a cité un cas où la conception eut lieu vingt-deux jours après la fin de la période menstruelle. L'auteur insiste sur ce fait bien connu que chez les Juifs les rapports sexuels sont interdits pendant cinq jours avant et sept jours après le flux menstruel et cependant la fécondité de ce peuple est remarquable.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *juin* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

INVERSION UTÉRINE.

M. Périer a opéré deux femmes atteintes d'inversion utérine et chez lesquelles la réduction avait été inutilement

---

1. Cité par Tilt, *Ovarian inflammation*, p. 67. 1862
2. Dit être dans *Schmidt's Jahrbucher*, 1854, mais il a été impossible de vérifier cette citation.

essayée. Pour cela faire, et aidé des conseils de M. Farabeuf, il a imaginé un instrument très-ingénieux. Au moyen d'une pince de M. Farabeuf pour la réduction des luxations du pouce, il accroche l'utérus inversé et l'attire à lui, complétant au besoin l'inversion. Au-dessus des mors de la pince, il étreint la tumeur, au moyen d'un fil de soie qu'il noue fortement; puis, étant donnée une tige résistante, façonnée en crémaillère à sa partie inférieure, taillée en bec de cigogne à son extrémité supérieure et trouée à ce niveau, il fait passer par ce trou les chefs du fil de soie : il leur annexe aussitôt un anneau élastique circulaire, accroché d'autre part à l'un des crans de la tige. De temps en temps, et au fur et à mesure de la section, l'anneau élastique est allongé d'un cran. M. Périer a, en un mot, combiné la ligature élastique à la ligature par le fil, grâce à un instrument aussi ingénieux que simple, qui gêne très-peu la malade et qui permet de graduer la striction avec une excessive facilité. Dans l'une des observations, la tumeur est tombée au quatrième jour; dans l'autre, au dix-huitième; mais il n'y a pas eu de section véritable. La chute s'est faite par eschare et, chose singulière, la tumeur s'est détachée *au-dessus* du point d'application du fil.

Grâce à des injections fréquentes de chloral, la guérison s'est faite rapidement sans frisson et sans fièvre, et le col de l'utérus a tout de suite recouvré sa forme normale.

M. Gueniot préconise le ballon de caoutchouc dans la réduction des inversions utérines, il préfère de beaucoup à la ligature par le fil, ligature justement abandonnée, la ligature élastique; la première agit par eschare, la seconde sectionne.

M. Le Fort. L'extrémité supérieure de la tige à crémaillère, ayant la forme d'un crochet, c'est à la pression exercée par le talon du crochet que doit être attribuée la section de la tumeur au-dessus du point d'application du fil.

M. Desprès. Une religieuse, âgée de quarante-quatre ans, et vierge, avait, depuis plusieurs années tous les signes d'un polype utérin. Les règles étaient très-abondantes, une tumeur existait qui grossissait à chaque époque menstruelle. Un jour, le polype désséché tomba; mais, derrière lui, était l'utérus inversé. Une leucorrhée ultérieure considérable se déclare, la malade s'affaiblit et maigrit, la température monte, la langue devient sèche, puis vient une diarrhée incoercible.

La religieuse entre à Cochin dans l'état suivant : tumeur énorme,

pendant entre les cuisses, et constituée par l'utérus *hypertrophié*, et *irréductible*, large ulcération au sommet de la tumeur, sécrétion de mauvaise nature, muqueuse utérine profondément altérée et insensible, cachexie profonde, état général déplorable.

L'inversion utérine n'était pas douteuse, on apercevait, en effet, et les orifices des trompes, et des rudiments de l'arbre de vie ; mais l'état général de la malade était si grave, que je ne pouvais me résoudre à opérer ; je préférai la laisser mourir de sa belle mort : mais néanmoins, sur ses sollicitations pressantes, je me résolus à tenter quelque chose. En présence d'un utérus complétement inversé et hypertrophié, les procédés ici préconisés par MM. Chauvel, Hue et Périer ne pouvaient m'être d'aucune utilité ; ils ne valent que contre les inversions incomplètes ; je me servis d'un clan solide, que je serrai énergiquement au moyen d'un fil élastique, mais le jour même la température montait à 49 et, au bout de cinq jours, la malade mourait avec tous les symptômes de l'infection purulente puerpérale. A l'autopsie, nous trouvions un utérus totalement inversé passant à travers un hymen corné, le vagin lui-même invaginé, l'utérus rempli de pus, les deux trompes oblitérées, et l'ovaire rempli de petits kystes. A ce propos, on peut se demander si l'oblitération des trompes ne créerait pas une prédisposition aux kystes de l'ovaire.

M. Trélat ne comprend pas pourquoi, chez la malade de M. Périer, l'utérus s'est détaché au-dessus du fil de soie. L'explication de M. Le Fort est défectueuse et ne saurait le satisfaire. Il croit que M. Périer pourrait aisément remplacer le fil de soie par un fil élastique. La ligature ne lui paraît pas très-bonne dans le cas d'utérus volumineux, en ce sens surtout qu'elle détermine la sécrétion d'une quantité trop considérable de liquides. Quant à la malade de M. Desprès, elle paraît être arrivée à Cochin avec une phlébite utérine déjà ancienne, ce qui explique la rapidité des accidents.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 octobre 1879.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

SARCOME ENCÉPHALOIDE DE L'OVAIRE.

Par M. ASSAKY, interne des hôpitaux.

Thév....(Marie), vingt-deux ans, est amenée le 20 septembre 1879 à la Pitié salle Saint-Jean (service de M. Polaillon). Cette malade est idiote. Elle est née d'un père scrofuleux, syphilitique, mort aliéné et d'une mère qui n'a été réglée, pour la première fois, que deux mois après l'avoir mise au monde. Sa grand'mère du côté maternel est morte d'un cancer au sein. Vers l'âge de trois mois, elle a eu une éruption cutanée probablement spécifique. Il y a huit mois son ventre commença à grossir ; il se développe d'une façon progressive et rapide. Son entourage croit qu'elle est enceinte et la fait entrer à la Maternité. De là, on nous l'envoie, 21 septembre. La malade est amaigrie et pâle. L'amaigrissement de la face est particulièrement marqué, la décoloration des téguments n'a rien de commun avec la teinte jaune paille.

Le ventre est volumineux, mais inégalement développé, plus saillant à droite ; les parois tendues, légèrement œdématiées, sont parcourues de veines dilatées paraissant en rapport avec une circulation dérivative très-active. A gauche, un peu au-dessous de l'ombilic on trouve un bouton conique de consistance molle au niveau duquel la peau n'a pas changé de coloration. Au palper, on sent à droite une grosse tumeur, non adhérente à la peau, occupant toute la fosse iliaque, le flanc, et remontant jusque dans l'hypocondre ; on sent que cette tumeur est constituée par plusieurs lobes dont l'inférieur est le plus volumineux. La percussion fait voir que cette zone de matité, qui commence en bas de l'arcade de Fallope et se confond en haut avec celle du foie, arrive latéralement et à l'épigastre, jusqu'à la ligne blanche. Elle n'est aucunement déplacée par le décubitus. Cependant, chaque fois qu'on recherche le flot on obtient

cette sensation d'une façon fort nette. L'utérus est immobilisé à droite et paraît faire corps avec cette tumeur. Le col n'est ni ramolli, ni entr'ouvert, il est celui d'une nullipare. Le reste de l'abdomen est distendu, gonflé, il déborde les fausses côtes ; la fossette épigastrique est effacée. Il n'y a pas de tympanisme exagéré.

La malade respire difficilement. Elle a un épanchement pleural considérable à droite et un peu de liquide dans la plèvre gauche. Elle ne souffre de nulle part. Pas d'œdème des jambes ; pas d'albumine dans les urines ; apyrexie.

Le soir nous ponctionnons la plèvre droite et retirons deux litres et demi d'un liquide rouge hématique. Cette thoracenthèse la soulage beaucoup. La ponction de l'abdomen ne donne pas une goutte de liquide. En enfonçant un trocart explorateur dans la tumeur nous n'obtenons qu'un peu de sang.

La malade vit encore quelques jours. Elle présente des troubles fonctionnels du côté de la vessie et des intestins, rétention et incontinence. Le 26 apparaît une large ecchymose d'un rouge vineux sur tout le côté droit du tronc, côté sur lequel se couchait de préférence la malade. L'épanchement pleural ne se reproduit qu'en très-petite quantité ; mais la malade baisse de jour en jour et meurt le 30 septembre dans un état d'affaiblissement et de marasme des plus prononcés.

Autopsie. — Rien d'anormal dans le crâne et le cerveau.

A l'ouverture de l'abdomen il ne s'écoule aucune espèce de liquide.

L'ovaire droit est remplacé par une tumeur volumineuse qui occupe la fosse iliaque et descend dans le petit bassin. Cette tumeur est recouverte d'une capsule fibreuse sur les parois de laquelle vient se perdre la trompe. L'ovaire du côté opposé est normal. L'utérus est conformé comme chez les nullipares.

Au-dessus de la tumeur ovarique se trouvent étagées deux autres tumeurs plus petites atteignant les dimensions d'une tête de fœtus et arrivant jusqu'au-dessous du foie. Tout le grand épiploon est farci de petites masses néoplastiques, irrégulières plus ou moins ramollies. Le péritoine pariétal donne insertion à un nombre considérable de petites tumeurs pédiculées, polyformes pour la plupart grosses comme des cerises. Ces champignons existent partout ; au niveau du foie, ils se sont creusé de petites loges dans la substance hépatique. Le foie est gras ; la rate est grasse, diffluente ; les ganglions mésenté-

riques, volumineux et ramollis. Les autres organes ne présentent rien de particulier. On trouve dans le petit bassin un peu de liquide rougeâtre. Le bouton cutané incisé et exprimé donne issue à une masse gélatineuse demi-transparente qui occupait le derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Thorax. — La plèvre gauche contient environ 200 grammes d'un liquide transparent, citrin. Le poumon est fixé en arrière par quelques adhérences anciennes. Il est normal.

La plèvre droite contient de 300 à 400 grammes de liquide hématique. Le feuillet pariétal ne présente pas trace de lymphangite. Sur la plèvre diaphragmatique est implanté un champignon ramolli, saignant, dont la substance se continue à travers le diaphragme avec une autre masse néoplastique intra-abdominale ; il y a continuité de tissu.

Le poumon est petit, rétracté, atélectasié. Diverses incisions faites à travers la tumeur ovarique ne dénotent nulle part la présence de kystes. La coupe, d'un gris rose, est parsemée de points rouges de différentes dimensions qui laissent sourdre par la pression une gouttelette de sang. Le raclage donne un suc qui n'a rien de laiteux. Au microscope, on voit que le néoplasme est essentiellement constitué de cellules accolées les unes aux autres; de place en place, on trouve des coupes de vaisseaux à parois embryonnaires sans gaîne conjonctive. Les cellules granuleuses, arrondies, toutes à peu près du même volume, sont munies d'un gros noyau souvent caché par les granulations graisseuses qu'elles contiennent. L'acide acétique le dessine nettement en même temps qu'il gonfle la cellule et lui donne une forme parfaitement ronde.

Les autres tumeurs présentent une structure analogue avec la différence toutefois que la plupart des masses sarcomateuses libres infiltrées dans le grand épiploon renferment de petits kystes contenant du sang et des cellules fortement granuleuses dont il est impossible de trouver le noyau.

Remarques. — Il s'agit en somme d'un sarcôme encéphaloïde de l'ovaire développé chez une femme de vingt-deux ans, nullipare, peut-être vierge, ayant été, disait-elle, parfaitement réglée. Ce sarcôme évolue rapidement, se généralise et entraîne la mort de la malade. L'âge de la malade et la rapidité de la croissance du sarcôme rentrent dans la règle.

Le néoplasme croît d'une façon continue et discontinue tout à la

fois. Il se présente sous deux formes : 1° infiltré, diffus ; 2° circonscrit par une capsule fibreuse. Il est vrai que cette coque peut être considérée comme appartenant à l'ovaire dans lequel s'est développé primitivement le néoplasme.

Quelle part faut-il attribuer à l'hérédité dans le développement de cette maladie ? Du côté paternel, nous trouvons deux diathèses, la scrofule et la syphilis contractée cinq ans avant le mariage. Plus tard survient l'aliénation mentale. La fille naît idiote et présente en très bas âge des ulcérations de la peau qui lui font prescrire de l'iodure de potassium.

Du côté maternel, nous avons un cancer (?). La mère, qui nous a communiqué la plupart des renseignements que nous possédons, pâle, maigrie, d'une mauvaise santé générale, est l'exemple vivant d'une conception sans menstruation. La fille est atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire.

(*Progrès médical.*)

REVUE DE LA PRESSE

HERNIE INGUINALE DE LA CORNE UTÉRINE GAUCHE ; EXTIRPATION DE CETTE CORNE ET DE L'OVAIRE GAUCHE ; GUÉRISON.

Par J. Léopold (*Archiv. fur gignæ*, et *Gaz. des Sc. de Montpellier*).

Femme de vingt-huit ans, qui à l'âge de quatorze ans éprouva pour la première fois les phénomènes du molimen menstruel. Ce molimen revenait assez régulièrement tous les vingt-six ou vingt-huit jours, mais n'était pas suivi d'évacuations sanguines; il y avait en même temps des douleurs qui duraient plusieurs jours et se concentraient principalement dans la région inguinale gauche. Avec le temps, la patiente remarqua de plus en plus que dès le premier jour du molimen, un corps du volume d'une prune se gonflait dans la région inguinale, que ce corps devenait de jour en jour plus volumineux et extrêmement douloureux, et que plusieurs jours après l'époque menstruelle il reprenait son volume

antérieur. Il en résulta à la fin une altération grave du système nerveux, au point que la malade devint d'une irritabilité excessive.

Elle se maria à vingt ans; comme le vagin faisait à peu près défaut, elle eut recours à un gynécologue qui, par l'incision et la dilatation avec le laminaire, essaya de créer une voie jusqu'à l'utérus afin d'obvier à une prétendue rétention du sang menstruel. Ce traitement fut bientôt abandonné.

En 1878 elle se confia aux soins du Dr Léopold. Elle avait toutes les apparences et le penchant sexuel de la femme. Dans l'aine gauche au niveau de l'anneau inguinal externe, on trouvait une tumeur inégale, à peu près grosse comme la moitié d'un œuf de poule, assez douloureuse, à peine mobile, à peu près parallèle dans son grand axe au pli inguinal, et rappelant tout d'abord un ovaire anormalement situé. Rien de particulier dans l'aine droite. Vulve normale. Vagin en cæcum.

Les douleurs déterminées par cette tumeur étaient si vives qu'on dut procéder à une opération le 15 février 1879. On enleva la tumeur qui était *non pas un ovaire, mais une corne utérine* et l'on compléta l'opération par l'extirpation de la trompe et de l'ovaire adjacent. Après la toilette parfaite de la cavité abdominale et l'abandon des ligatures, on ferma la plaie par cinq sutures profondes de fil d'argent comprenant le péritoine et par plusieurs sutures superficielles en fil de soie et au point de réunion des deux incisions, on introduisit un petit tube de drainage jusqu'à une profondeur de 1 centimètre à peu près. Pansement ouaté, salicylé. Durée de l'opération, une heure et demie. Perte de sang très-faible.

Pas de fièvre. Le cinquième jour on changea le pansement, pour la première fois; on enleva le drain et les sutures superficielles. Le dixième jour on enleva les sutures d'argent. La plaie était fermée par première intention, sauf sur un point où s'était fait le drainage. La cicatrice était parfaite quatorze jours après. L'opérée arriva au 29 mars sans éprouver de nouveau les douleurs antérieures et le Dr Léopold espère que la santé de la patiente sera durable.

Il a retrouvé dans la corne utérine enlevée la structure histologique normale de l'utérus (fibres lisses, tissu conjonctif, vaisseaux, glandes); seulement comme la muqueuse était peu vasculaire et qu'il n'y avait pas trace de pigment, il pense qu'il n'y avait jamais eu d'évacuation sanguine dans la petite cavité de l'utérus.

Il cite plus loin les cas d'hystérocèle pendant la grossesse, de

Lallemant, de Maret; puis ceux de Sennert et de Chopart. Mais, dit-il, *en ce qui concerne la hernie congénitale d'une corne utérine rudimentaire, il n'en existe encore, à ma connaissance, aucune observation.*

(*Paris médical.*)

DE L'EXTIRPATION DES OVAIRES COMME REMÈDE A CERTAINS DÉSORDRES DE LA VIE MENSTRUELLE.

Par le docteur GODELL.

L'auteur rapporte quatre observations à l'appui de l'opportunité de cette grave opération dans certains cas.

Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-trois ans, non mariée, atteinte d'une tumeur fibreuse sous-péritonéale non accessible par le vagin. Les souffrances étaient continuelles et s'exaspéraient pendant la semaine qui précédait chaque époque menstruelle.

Les pertes étaient très-abondantes, et la malade passait les trois quarts de son existence dans son lit. L'opération de l'*oophorectomie* fut suivie d'un plein succès. Les douleurs disparurent, et, bien que les règles ne soient pas revenues, leur absence n'a été l'occasion d'aucun trouble pathologique ou psychologique.

Une femme de vingt-sept ans, également non mariée, éprouvait des souffrances intolérables pendant la semaine qui précédait le flux menstruel, et pendant celle qui suivait. Ces phénomènes paraissaient dus à une congestion et à une névralgie des ovaires ; l'utérus était absolument sain. La céphalalgie était violente, l'émaciation extrême ; l'état mental était profondément troublé. Ici encore, l'oophorectomie a été suivie d'un complet rétablissement.

Une troisième malade âgée de trente-sept ans, mariée et mère de trois enfants, souffrait depuis son dernier accouchement (c'est-à-dire depuis dix ans) de douleurs atroces qui se renouvelaient à toutes les époques et qui s'irradiaient dans toute l'étendue du bassin. Pour se calmer, elle avait abusé de l'opium, et en était arrivée à un état d'énervement et d'amaigrissement des plus alarmants. Cette fois, l'opération fut suivie de péritonite partielle et de mort.

Enfin une autre dame mariée, âgée de trente-huit ans, était sujette,

au moment de ses règles à des hallucinations qui avaient nécessité son admission successivement dans différents asiles d'aliénées. Les spécialistes les plus compétents pensaient que ces troubles cérébraux disparaîtraient avec la ménopause. L'utérus était congestionné et hypertrophié, et les régions ovariennes très-sensibles à la pression. Encouragé par l'avis formulé par les médecins aliénistes, M. Godell consentit à enlever les ovaires et à déterminer ainsi une ménopause artificielle. L'opération réussit en tant qu'opération, mais l'état mental n'en fut pas modifié.

En ce qui concerne le manuel opératoire, on peut choisir la voie abdominale ou la voie vaginale. M. Godell préfère la dernière comme présentant plus de sécurité. Il s'est du reste livré à ce sujet à des recherches statistiques qui offrent beaucoup d'intérêt. Sur 51 cas d'extirpation des ovaires, il a trouvé qu'il y avait eu 15 décès. Dans 31 cas on a employé l'incision abdominale, et sur ces 31 cas il y a eu 11 morts. Au contraire, sur les 20 cas dans lesquels on a opéré par le vagin il y a eu seulement quatre décès. Cette bénignité relative s'explique par l'étendue moins grande de la surface péritonéale mise à découvert, et par la situation déclive de la plaie.

Malheureusement le procédé vaginal n'est pas toujours possible. En effet, les ovaires peuvent être entraînés en dehors de la portée du doigt par une grosse tumeur fibreuse, ou encore fixés par des adhérences trop solides ainsi que l'ont observé Senis et Thomas.

Chez ses quatre malades, M. Godell n'a éprouvé aucune difficulté à opérer par le vagin. Aussi est-ce par cette voie qu'il compte toujours agir lorsque l'occasion se présentera de nouveau. Alors même qu'on échouerait, il serait toujours temps d'ouvrir l'abdomen et d'utiliser au besoin l'incision vaginale pour placer un tube à drainage. L'auteur recommande dans tous les cas les pratiques de la méthode antiseptique de Lister dans le sens le plus rigoureux ; on sait d'ailleurs que le triomphe par excellence de cette méthode s'applique aux opérations dans lesquelles le péritoine est intéressé.

Il arrive quelquefois que l'ablation des deux ovaires n'est pas suivie de la cessation du flux cataménial. Sur 132 cas d'ovariotomie double pratiquée chez des femmes encore menstruées, il y en a eu 15 dans lesquelles les règles ont continué à se montrer régulièrement chaque mois. Chez 9 autres opérées, la menstruation a persisté également, mais avec des irrégularités et une diminution de la quantité de sang expulsé. Kœberlé attribue ces faits exceptionnels à ce que les tu-

meurs n'avaient pas été enlevées en totalité, et qu'on avait laissé en place une portion plus ou moins grande de tissu ovarien susceptible de fonctionner encore. M. Godell donne une autre explication ; selon lui, en effet, il existerait parfois un ovaire accessoire, tel que celui que Kocks a trouvé accolé à un utérus cancéreux qu'il avait enlevé. Puisech et Reigel ont signalé des faits semblables. Ces ovaires accessoires ont un volume qui varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une cerise et sont généralement pourvus d'un mince pédicule. Leur siège le plus habituel est situé sur la ligne qui sépare le péritoine de l'enveloppe séreuse de l'ovaire. Reigel en a rencontré trois, et Waldeyer jusqu'à six attachés à un seul ovaire. L'examen microscopique a permis de constater qu'ils étaient formés d'un tissu ovarien normal, et qu'ils renfermaient des vésicules de Graaf ainsi que des débris de corps jaunes.

(*Boston medical and Surgical Journal*, et *London medical Record* du 15 octobre 1879. *Gazette médicale de Paris* ; *revue des journaux de médecine, journaux anglais et américains.*)

FORMULAIRE

DU TRAITEMENT LOCAL DU CANCER DE L'UTÉRUS. (J. CHÉRON.)

Le cancer de l'utérus, quelle qu'en soit la nature, donne lieu à un écoulement puriforme et sanguinolent qu'il importe de modifier à l'aide de substances antiseptiques, modificatrices de la suppuration.

L'odeur qui, dans un grand nombre de cas, est caractéristique et reconnue par tout le monde, peut faire absolument défaut, ce qui ne diminue en rien la gravité de la situation.

Il faut faire disparaître, ou au moins atténuer cette odeur fétide. C'est encore à l'aide des antiseptiques qu'on arrive le mieux à ce résultat.

Mais, s'il est nécessaire de diminuer cet écoulement et d'en atténuer l'odeur, il n'est pas utile de l'enrayer tout à fait, surtout lorsqu'il

existe des crises de névralgie et que l'affection est déjà très-avancée.

En effet, si l'écoulement est enrayé, les douleurs névralgiques augmentent, et le toucher fait constater l'augmentation rapide du volume de la masse cancéreuse. Il faut alors suspendre l'emploi de l'injection modificatrice et laisser l'écoulement se rétablir. On continue ensuite à désinfecter en employant une moins grande quantité du liquide actif de l'injection.

Mais, si la lésion est au début, s'il n'existe pas de crises névralgiques, on peut, sans crainte d'accidents, arrêter complétement la suppuration à l'aide de la solution suivante qui est utile dans tous les cas.

Vinaigre blanc.	300	grammes.
Teinture d'eucalyptus	45	—
Acide salicylique	1	—
Salicylate de soude	30	—

Une à cinq cuillerées à bouche par litre d'eau tiède pour injection, deux à trois fois par jour.

Grâce à l'emploi de ce moyen on désinfecte toujours l'écoulement, et suivant la quantité de la solution qu'on emploie, chaque fois, on le diminue ou on le supprime.

Dans quelques cas de cancer utérin débutant par la muqueuse du canal cervical et n'ayant pas encore entraîné de grands désordres, j'ai pu maintenir l'affection, enrayer sa marche et intervenir chirurgicalement avec le plus grand avantage.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1587. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE L'ACTION DES EAUX DE ROYAT, dans les maladies des voies respiratoires, par le Dr A. Petit, médecin consultant à Royat.

LA GOUTTE ET LE RHUMATISME, par le Dr E. Collin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré.

DOCUMENTS NOUVEAUX concernant le lactophosphate de chaux, par L.-O. Dussart.

SALINS (Savoie) et ses eaux thermales par le Dr L. Desprez, médecin consultant à Brides et à Salins.

BRIDES (Savoie) et ses eaux thermales purgatives par le Dr Desprez.

MEMORIA SOBRE EL PARTO PREMATURO ARTIFICIAL BASADA EN DOS NOTABLES HECHOS FRACTICOS, par el doctor D. Antonio Gomez Torres, professeur à l'université de Grenade.

TRATADO CLINICO DE ENFERME DADE de Mujeres per el doctor D. Antonio Gomez Torres.

LE CANCER DU LARYNX, par le Dr Krishaber.

DE LA SECTION DES NERFS CILIAIRES ET DU NERF OPTIQUE, substituée à l'énucléation de l'œil dans le traitement de l'ophthalmie sympathique, par le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux.

PLACENTA PREVIA OUTLINES OF ITS PRESENT MANAGEMENT, and of a new treatment with an illustratives case, by R. J. Nunn. M. D. Savannah, Ga, professor of theory and practice of medecine in the Savannah medical college.

DE LA NÉCESSITÉ D'ASSOCIER LE TRAITEMENT MORAL A L'HYDROTHÉRAPIE, pour combattre efficacement l'état nerveux, par le Dr Gillebert d'Ibercourt, médecin consultant à Enghien.

NOTE SUR LES EFFETS DU GAZ ACIDE CARBONIQUE A ROYAT, envisagés au point de vue physiologique et thérapeutique, par le Dr Frédet, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Royat.

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE, du Dr Cadier.

NOTE SUR LE SIÈGE DU SOUFFLE PROPRE DE LA GESTATION, entendu dans une grossesse abdominale, par le professeur François Rizzolé, traduite de l'italien par le Dr H. Van den Bosch.

LES DIATHÈSES ET LES CACHEXIES AUX EAUX DE LA BOURBOULE, par le Dr Frédéric Morin, médecin consultant à la Bourboule.

ÉTUDE SUR LA CYSTITE TUBERCULEUSE, par A. Guebhard.

QUELQUES MOTS SUR LE CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE, sur ses causes et sur les indications et contre-indications des eaux de Capvern dans le traitement de cette maladie, par le Dr Ticier, médecin inspecteur de Capvern.

NOTE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES KYSTES DU CORPS THYROIDE, lecture faite à la Societé de médecine de Paris par le Dr Thevenot, ancien interne des hôpitaux.

ÉTUDE SUR L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE, leurs complications et leur traitement par les eaux minérales de Royat, par le Dr Frédet, médecin consultant à Royat.

PETIT GUIDE DU BAIGNEUR A CHATEL-GUYON (Auvergne), Royat-guide, par Louis Gabriel.

DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS EN ODONTOLOGIE, par le Dr Aguilhon de Sarrau (extrait des Archives générales de médecine).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ARTHRITIS, par le Dr Vidal, médecin aux eaux d'Aix (Savoie).

OBSTRUCTION CALCULEUSE INCOMPLÈTE DES VOIES URINAIRES, par le Dr Besnier.

LES HYSTÉRO-NEVROSES ET LEURS RAPPORTS AVEC L'HYSTERO-NEVROSE MENSTRUELLE DE L'ESTOMAC, par le Dr Georg. Engelmann. Traduit par le Dr R. Fauquez. V. A. Delahaye et Cie.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur Jules CHÉRON.

ONZIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — RÉVULSION SUR LE TUBE DIGESTIF. — RÉVULSION SUR LE TÉGUMENT EXTERNE. — HYDROTHÉRAPIE.

Révulsion sur le tube digestif dans la congestion utérine à l'aide des purgatifs.

Substances purgatives auxquelles on doit donner la préférence.

Mode d'action. — Indications. — Contre-indications.

Révulsion sur le tégument externe. Bain entier chaud. — Bain simple. — Bain sédatif. — Bain révulsif. — Mode d'action. — Indications et contre-indications.

Bain froid entier. — Mode d'action. — Indications et contre-indications.

Bain de siège chaud ou froid à eau dormante ou à eau courante. — Utilité. — Contre-indications.

Révulsion sur le tégument externe à l'aide de l'eau froide employée sous forme de douche.

Influence de la douche froide sur la peau, sur le système nerveux, sur la circulation.

L'action révulsive de la douche froide sur la peau est due à la température de l'eau et au choc produit sur la surface du corps.

Action physiologique de la douche froide dans la congestion utérine.

Divers modes d'application de l'eau froide qui trouvent leur emploi dans le traitement de la congestion utérine.

Maillot humide. — Demi-maillot. — Ceinture humide. — Drap mouillé. — Immersion. — Piscine. — Lotions. — Affusions.

Douches en pluie. — En cercle. — Douches localisées. — Indications et contre-indications.

MESSIEURS,

Quelques-unes de nos dernières leçons ont été consacrées à l'étude des moyens locaux qui, sous la forme de pansements osmotiques déplétifs ou sous la forme de bains locaux, d'injections ou d'irrigations, peuvent porter remède à l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien.

Dans les leçons qui vont suivre, nous aurons à traiter de la révulsion intestinale à l'aide des purgatifs, de la révulsion cutanée à l'aide de l'hydrothérapie, de la sudation et des frictions sèches. Puis nous aborderons l'étude de la méthode de Chappmann qui poursuit le but de réagir directement sur les centres d'innervation vaso-motrice de la moelle et du sympathique, dans une région déterminée, à l'aide du chaud ou du froid.

Les médicaments vasculaires qui agissent directement sur la fibre lisse ou sur celle-ci par l'intermédiaire des centres d'innervation vaso-motrice seront ensuite passés en revue.

En dernier lieu, nous étudierons un moyen remarquable à l'aide duquel on peut agir directement sur l'organe congestionné, à l'aide duquel on peut réagir sur les centres d'innervation, soit directement, soit en pratiquant avec lui une énergique révulsion cutanée.

Ce moyen, Messieurs, cette force merveilleuse que la médecine emploie déjà depuis quelque temps d'une façon rationnelle, n'est autre que l'électricité dont la Gynécologie, comme vous en avez tous les jours la preuve à ma clinique, sait tirer le meilleur parti.

Si je me trouvais tout à coup privé de l'emploi de l'électricité dans le traitement des maladies des femmes, je crois, Messieurs, que je serais tenté de renoncer au traitement de ces affections, tant est grand le service que me rend chaque jour ce remarquable agent thérapeutique.

Reprenons maintenant l'étude des différents moyens de révulsion utiles dans le traitement de la congestion utérine et commençons par la révulsion sur le tube digestif.

Lorsqu'on veut pratiquer une révulsion sur le tube digestif, dans le but de réagir sur la congestion utéro-ovarienne, on espère, en produisant d'abondantes excrétions séreuses de l'intestin, dégorger le système vasculaire de l'utérus et pratiquer ainsi une sorte de saignée blanche.

On n'arrive à ce résultat qu'avec des substances purgatives dont il importe d'éloigner les drastiques ; en effet, les drastiques tels que l'aloës, la rhubarbe, la gomme-gutte, le jalap, la scammonée, etc., présentent le grand inconvénient de congestionner la partie inférieure du tube digestif. Or, en vertu de la connexion qui existe entre le rectum et l'utérus, la congestion de ce premier organe ne fait qu'accroître celle du second. On produirait donc ainsi un effet exactement contraire à celui qu'on voudrait produire.

On en est réduit alors à employer les purgatifs huileux, les purgatifs salins ou les purgatifs toniques.

L'huile de ricin, avec ou sans addition d'huile de croton, doit être employée à petites doses afin de ne pas dépasser l'effet qu'on lui demande, c'est-à-dire 20 ou 25 grammes à la fois.

Lorsqu'on veut produire une abondante excrétion séreuse de l'intestin à l'aide des purgatifs salins, on emploie plus particulièrement le sulfate de soude, la limonade au citrate de magnésie, l'eau de Sedlitz artificielle ou les eaux purgatives naturelles, telles que Pulna, Birmenstorff, Hunyadi-Janos, Rubinat, etc.

Quant aux purgatifs toniques, ce sont en général des associations de médicaments purgatifs, tels que la manne, les follicules de séné et la rhubarbe avec le café, l'anis, le fenouil, le bois de réglisse, la pensée sauvage, etc.

Chacun de ces différents groupes de purgatifs trouve ses indications et ses contre-indications.

Ainsi, quand on veut vider la vésicule biliaire, alors qu'il y a un état saburral des premières voies, l'huile de ricin ne saurait être employée avec succès. On a recours alors au mélange tonique dont nous avons parlé tout à l'heure.

Lorsqu'il y a un état de pléthore ou de lymphatisme chez un sujet gros et gras, les purgatifs salins rendent alors le meilleur service en produisant d'énormes excrétions séreuses.

Enfin, lorsqu'on a affaire à des malades dont l'estomac est rebelle à toute espèce de purgatif, la belladone sous forme de pilules composées avec l'extrait devient utile à la dose de un demi-centigramme une ou deux fois par jour, seule ou unie à la noix vomique employée aussi à très-petite dose.

Autant la révulsion sur le tube digestif peut être utile dans la congestion utérine, lorsque l'intestin est en bon état, autant ce moyen est, au contraire, dangereux et peut produire des accidents graves lorsqu'il y a la moindre atteinte d'entérite.

Il importe donc, Messieurs, de faire le diagnostic avec le plus grand soin et de ne pas confondre la congestion utérine simple, de forme passive, avec celle qui caractérise la première période de la métrite chronique à laquelle on a donné le nom de période d'infiltration. Dans quelques cas, c'est certain, la méprise est facile pour celui qui n'a pas une grande habitude et qui surtout, ne se tenant pas sur ses gardes, ne s'arrête point à faire un examen des plus rigoureux.

C'est dans des cas de cette nature que la connaissance approfondie des troubles et des lésions caractéristiques des diathèses rendra le signalé service de permettre un diagnostic sévère. En effet, la congestion utérine restera passive et n'aura aucune tendance à évoluer vers la métrite chronique, à faire subir, par conséquent, à l'utérus la lésion conjonctive de texture bien connue aujourd'hui, si le sujet qui en est atteint jouit d'une constitution hygide, c'est-à-dire exempte d'imprégnation diathésique ou constitutionnelle.

Si, au contraire, il existe une constitution morbide, c'est-à-dire si le sujet est diathésique ou atteint de maladie constitutionnelle, la congestion va bientôt s'accompagner d'altérations de texture et la

première période de la métrite chronique pourra pendant longtemps imposer aux moins habiles, en laissant croire à l'existence d'une congestion simple, alors que, sourdement, derrière ce voile violacé qui représente la muqueuse du col utérin, une transformation complète de l'organe tend à se faire avec une lenteur progressive qu'un bien petit nombre de moyens thérapeutiques peut enrayer ou détruire.

En un mot, l'indication est nette, précise et formelle lorsqu'il y a une congestion simple dans un organisme exempt de maladie constitutionnelle ou de diathèse ; il y a, au contraire, contre-indication absolue lorsqu'il existe un doute sur la nature de la congestion qui s'accompagne fatalement de congestion intestinale et d'entérite glaireuse, lorsqu'elle représente la première période de la métrite chronique.

Dans la congestion hémorrhagipare, la contre-indication reste la même, attendu que cet état s'accompagne souvent de congestion intestinale, de selles glaireuses, quelquefois sanguinolentes, d'épreintes, de tenesme, etc., tous accidents que l'emploi des purgatifs ne peut qu'aggraver.

On peut se demander, à propos du mode d'action de la révulsion intestinale dans la congestion utérine, comment agit ce mode de médication.

Vous n'ignorez pas la connexité qui existe entre les centres d'innervation du gros intestin et de l'appareil utéro-ovarien.

Vous savez, Messieurs, combien est fréquente la constipation marchant de pair avec les affections utérines. Vous savez combien s'observent fréquemment les inflammations de l'intestin marchant de pair avec les affections de l'utérus. Vous avez vu bien souvent à ma clinique le traitement auquel nous avons donné le nom de traitement médullaire, atténuer l'état congestif de l'utérus et faire disparaître en même temps soit la constipation, soit l'irritation congestive du gros intestin.

Eh bien ! Messieurs, il ne serait point irrationnel de considérer l'action révulsive sur le tube digestif se propageant aux centres d'innervation vaso-motrice de la moelle et réagissant sur les vaso-moteurs de l'appareil utéro-ovarien.

Manière de voir que Handfield Jones a résumée d'une façon très-claire dans la proposition suivante :

« *De même qu'un stimulus morbide, un irritant, appliqué à une partie, engendre la douleur dans un point éloigné par sa réflexion sur le nerf de cette partie, de même un stimulus utile, étant propagé d'une façon analogue, peut annuler une condition morbide établie dans un centre par les impressions qui lui sont transmises d'un foyer d'irritation.* »

RÉVULSION SUR LE TÉGUMENT EXTERNE.

La révulsion que nous venons de voir pratiquer sur le tube digestif à l'aide des substances purgatives,afin de porter remède à la congestion utérine, peut être portée avec un plus grand avantage sur le tégument externe, à l'aide des bains entiers chauds ou froids, sédatifs ou révulsifs, dans un but thérapeutique dirigé contre la congestion utérine.

Cette révulsion pratiquée sur la peau peut employer comme agent, en outre des bains entiers ou de siège, chauds ou froids, simples, sédatifs ou révulsifs, la douche chaude, froide ou mitigée ou alternée, et enfin la sudation avec ou sans le concours de la douche.

RÉVULSION SUR LE TÉGUMENT EXTERNE A L'AIDE DES BAINS.

Le bain chaud de 34 à 35° degrès n'agit que faiblement sur la peau. Il produit le relâchement des fibres contractiles et favorise l'ouverture des pores ; s'il est prolongé à cette température, il possède une action sédative très-nette. Si sa température est élevée au-dessus de celle du sang, 37 à 38, par exemple, la partie du corps qui est hors de l'eau transpire et il est probable qu'il en est de même de la partie immergée. Il se fait alors sur toute l'enveloppe cutanée une révulsion par la sueur comme lorsqu'on fait prendre aux malades un bain de sudation dont nous aurons sujet de nous occuper tout à l'heure.

A cette dernière température, les bains chauds simples sont de véritables révulsifs qui produisent la dilatation des capillaires de la peau et une excitation périphérique favorable à la circulation des organes internes.

Sous l'influence des bains entiers révulsifs par la température ou par l'action stimulante des substances que l'eau tient en dissolution, il se fait une véritable congestion du tégument externe; les vaisseaux capillaires cutanés se dilatent et se congestionnent et, si ces bains sont répétés assez souvent, la congestion des capillaires cutanés se maintient et dégage d'une façon permanente l'appareil utéro-ovarien congestionné de même que la plupart des organes splanchniques.

Cet effet révulsif est considéré comme un effet excito-moteur dont il est difficile de faire l'analyse, effet excito-moteur dans lequel tous les appareils se trouvent intéressés par l'intermédiaire du système nerveux central qui joue le principal rôle.

L'action révulsive que l'on obtient à l'aide des bains chauds peut être obtenue d'une façon plus énergique à l'aide des bains froids. Suivant la température on obtient un effet révulsif plus ou moins complexe, c'est-à-dire, si la température est au-dessous de 10 degrés, par exemple, l'action révulsive est due à la douleur et à l'irritation.

Ces grands bains, chauds ou froids, présentent des indications et des contre-indications qu'il est utile de connaître. Chez les sujets doués d'une grande résistance vitale ou d'une véritable irritabilité nerveuse, les bains chauds représenteront avec avantage d'importants révulsifs comparables à d'immenses ventouses pour combattre la congestion utérine.

Si, au contraire, vous avez affaire à des sujets débiles ou doués d'une constitution lymphatique bien accusée, le bain chaud ne pourrait être utile qu'autant qu'il emprunterait une action révulsive aux substances stimulantes qu'il contiendrait en dissolution.

Quant aux bains froids ou bains de rivière, ils ne sont indiqués que chez les sujets qui présentent de la tendance à l'irritation spinale généralisée en rapport avec l'hystéricisme; la diathèse arthritique et l'état catarrhal en rapport avec le lymphatisme les contre-indiquent de la façon la plus formelle.

On emploie aussi le bain de siège chaud ou froid avec avantage dans le traitement de la congestion utérine. On l'emploie surtout à la température de 34 ou 35 degrés lorsqu'il importe de produire chaque jour une révulsion cutanée en même temps qu'une action sédative et que l'usage quotidien du grand bain pourrait faire craindre de débiliter par trop les malades.

Quant au bain de siège froid à eau dormante, c'est un moyen qui peut être fort utile dans le traitement de la congestion utérine, mais, à ce propos, Messieurs, je vous répéterai ce que je vous ai dit au sujet des injections froides, laisser baigner une partie du corps à laquelle participent les organes génitaux, pendant un temps plus ou moins long, représente un moyen thérapeutique que je n'ose employer, car il est difficile d'en préciser l'indication d'une façon absolue et d'en tirer dans tous les cas un effet utile sans risquer un effet nuisible pour la malade atteinte de congestion utérine.

Il n'en est pas de même du bain de siège à eau courante. On peut faire une révulsion courte, à l'aide de l'eau froide en circulation rapide dans la baignoire et obtenir des effets excitants résolutifs ou révulsifs dont l'intensité augmentera en raison directe de la longueur du bain.

Mais j'attire encore, Messieurs, votre attention sur les dangers de l'emploi de l'eau froide d'une façon intempestive sous la forme d'injections vaginales ou de bains de siège ; et je vous dirai que, pour mon compte, j'emploie plus volontiers le bain de siège alternatif qui consiste à appliquer, pendant un temps très-court, tantôt un jet d'eau chaude, tantôt un jet d'eau froide, ou encore le bain de siège écossais qui consiste dans l'application d'un courant d'eau chaude d'une certaine durée suivi d'un courant d'eau froide pendant un temps très-court.

Enfin le bain de siège à eau courante, mais tempérée (32 à 34 degrés), exerce sur les organes pelviens une action sédative dont j'ai fait souvent usage dans la congestion hémorrhagipare chez les malades trop sensibles à l'action de l'eau froide, dont les organes génito-urinaires sont le siège d'une sorte d'hypéresthésie.

RÉVULSION SUR LE TÉGUMENT EXTERNE A L'AIDE DE L'EAU FROIDE EMPLOYÉE SOUS FORME DE DOUCHES.

Lorsque l'eau froide est projetée sur la surface cutanée avec une certaine violence, sous la forme d'un ou de plusieurs jets, on lui donne le nom de douche ; c'est la manœuvre principale employée en hydrothérapie.

L'étude physiologique de la question démontre que cette projection de l'eau froide sur la surface cutanée produit des effets sur la chaleur propre, sur le système capillaire, sur le système nerveux périphérique.

Le mode d'emploi de la douche peut déterminer la prépondérance de tels ou tels effets, mais le rôle du système nerveux, en pareille circonstance, ressort admirablement des lignes suivantes empruntées à l'ouvrage de physiologie du professeur Longet : « *Entre les nerfs sensitifs et les nerfs vaso-moteurs, par l'entremise de la moelle épinière, de la moelle allongée et peut-être des ganglions sympathiques, il peut s'établir un conflit duquel résultent des actions réflexes aussi intéressantes à connaître pour le médecin que pour le physiologiste. Ces actions se réduisent en dernière analyse à des phénomènes de mouvement, et se manifestent tantôt par une dilatation, tantôt par une contraction des vaisseaux. Comme conséquence de ces deux états opposés, on observé ou un accroissement ou une diminution de la nutrition, des sécrétions, de la température, de la sensibilité, et de la contractibilité volontaire.* »

Lorsque l'eau froide est projetée sur le tégument externe sous la forme d'un gros jet brisé, cette douche force la peau à réagir par la double excitation que produisent la température de l'eau et la percussion produite par sa projection. La sensibilité de la peau se trouve diminuée d'abord, stimulée ensuite, le tonus des vaisseaux capillaires se trouve annihilé, la congestion de la peau en résulte et le système nerveux périphérique réagissant sur le système nerveux central suractive les centres d'innervation vaso-motrice et déconges-

tionne d'autant mieux les organes profonds que la congestion révulsive de la peau tend à favoriser celle-ci.

En un mot, la douche révulsive d'eau froide dirigée sur le tégument externe congestionne celui-ci et réagit sur les congestions profondes autant par la stimulation qu'elle imprime au système nerveux central que par la rupture d'équilibre circulatoiré qu'elle établit à l'avantage de la peau.

On comprend combien cette révulsion quotidienne par congestion périphérique doit être utile dans la congestion des organes profonds et conséquemment dans la congestion utérine.

Ce n'est pas seulement dans la congestion utérine que la douche froide révulsive par congestion cutanée décongestionne les organes profonds. Si l'on voit la dyspepsie céder à l'emploi de ce moyen, c'est qu'il amène la décongestion de la muqueuse stomacale qui, au dire de quelques physiologistes, se trouve atteinte de la sorte, dans tous les cas de dyspepsie.

La supériorité de la méthode hydrothérapique à l'aide de la douche froide se montre bien nettement lorsqu'on veut par exemple comparer son action à celle que produit la révulsion par congestion à l'aide de la chaleur. Dans ce dernier cas, le corps est enveloppé dans la laine, on pratique des fomentations chaudes, on place des boules d'eau chaude aux extrémités et le long du corps. La congestion de la peau s'effectue. Mais bientôt un sentiment pénible succède à la première sensation et une sécrétion abondante, la sueur, vient mouiller toute la surface cutanée. Il n'y a pas eu seulement une action révulsive par congestion, il y a eu une révulsion par congestion et hypersécrétion. Dans ce cas, la douche froide se montre donc bien supérieure, car, sans modifier les sécrétions, sans amener une déperdition exagérée, sans abattre les forces, tous les jours, et même plusieurs fois par jour, la révulsion par congestion sur l'enveloppe cutanée à l'aide de l'eau froide peut être obtenue sans qu'il y ait excitation nerveuse, au plus grand avantage de l'état général de la santé, au plus grand avantage des organes internes.

Dans une comparaison de même ordre, le célèbre hydropathe Fleury s'exprime de la sorte au sujet de la douche froide appliquée au traitement des affections utérines : « *C'est ainsi que l'hydrothérapie est un*

des plus puissants révulsifs par congestion que le praticien ait à sa disposition. Les douches froides ont exercé sur l'écoulement menstruel une influence directe, en agissant sur la circulation générale et locale. Les menstruations trop abondantes ont été constamment diminuées par l'administration de douches révulsives dirigées sur la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques. Dans des cas de véritables métrorrhagies, l'action des douches a été non moins sûre, non moins énergique. Des hémorrhagies, liées à un état d'anémie, d'appauvrissement du sang, ont cessé avant qu'un changement notable fût survenu dans la maladie générale. Des métrorrhagies liées à une lésion organique locale, à un polype utérin, à une tumeur de l'ovaire, ont cessé par la seule influence des douches révulsives, avant toute modification opérée dans la cause locale. »

De l'ensemble de ces considérations, Messieurs, nous pouvons déduire l'utilité de la douche froide dans le traitement de la congestion utérine. En principe, le moyen doit rendre les plus grands services, non-seulement dans la congestion passive, mais encore dans la congestion hémorrhagipare. C'est surtout dans ce genre d'hémorrhagie que l'hydrothérapie a pu vanter ses succès. En effet, rien d'étonnant à voir céder des hémorrhagies qui résultent du spasme de l'appareil musculaire du mésoarium et du mésométrium, alors qu'une révulsion énergique sur le tégument externe vient réagir sur les centres médullaires et par conséquent sur les centres d'innervation des parties atteintes de congestion spasmodique.

Nous verrons plus tard, Messieurs, que toutes les congestions passives ou hémorrhagipares, prémonitoires de la métrite chronique, symptomatiques de l'endométrite, des corps fibreux, sont modifiées profondément par la révulsion cutanée à l'aide de l'eau froide.

Une question se pose naturellement ici. Toutes les malades peuvent-elles supporter également bien l'emploi de ce moyen thérapeutique? Existe-t-il à son emploi quelques contre-indications qu'il nous soit utile de signaler?

Il est fréquent, très-fréquent même, de voir des malades d'une grande impressionnabilité nerveuse ne pouvoir supporter l'emploi de la douche froide. J'ai vu quelquefois, lorsque les malades s'obstinaient à

en continuer l'usage, des troubles nerveux hystériformes s'éveiller pour la première fois. Chez d'autres, qui ne présentaient aucun signe de maladie constitutionnelle ou de diathèse, il survient parfois des douleurs musculaires, voire même articulaires, qui ne permettent pas de continuer l'usage de l'eau froide. Il ne faut pas croire que ces douleurs puissent être mises sur le compte de la courbature que produisent les premières douches, car on ne les voit souvent s'éveiller qu'après quelques semaines d'hydrothérapie. Dans ces différents cas, Messieurs, on fait alors usage de la douche chaude.

La douche chaude détermine à la surface cutanée une véritable congestion, avec rougeur du tégument, qui est certainement plus énergique et plus rapide que celle qui est produite par l'eau froide. Mais l'action de la douche chaude n'est point durable. Elle produit une paralysie de la contraction vasculaire.

Il y a donc une congestion passive de la peau, sans aucune tendance à la réaction profonde si l'eau froide n'intervient pas même pour un temps aussi court qu'on le voudra, au moment où se termine la douche chaude.

Chez les malades trop impressionnables à l'action de l'eau froide ou dans de mauvaises conditions qui les privent d'une vive réaction physiologique rapide, chez les malades dont les muscles ou les articulations viennent à souffrir de l'emploi de l'eau froide, il faut préparer la réaction à l'aide de la douche chaude et donner à cette réaction la forme vive en terminant par l'administration d'un jet froid, d'un temps extrêmement court. Grâce à l'emploi de ce moyen, vous obtiendrez, dans la congestion utérine, les mêmes effets qu'avec la douche froide employée seule et il vous sera facile de déduire de ces considérations les contre-indications, à l'emploi de celle-ci.

DIVERS MODES D'APPLICATION DE L'EAU FROIDE QUI TROUVENT LEUR INDICATION DANS LE TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE.

Ce n'est pas seulement sous la forme de douches que l'eau froide peut être employée au traitement de la congestion de l'utérus.

Toutes les malades atteintes de cette affection ne sont pas suscep-

tibles de fournir avant et après la douche la marche nécessaire à l'établissement d'une bonne réaction. Dans ce cas, le maillot humide, le demi-maillot, le drap mouillé se substituent avec avantage à l'emploi de la douche.

Le maillot humide est l'enveloppement dans un drap mouillé recouvert par une couverture de laine. « Sur un lit de sangles ordinairement garni d'un matelas, dit M. Beni-Barde, on étend une couverture de laine sur laquelle on déploie un drap trempé dans l'eau froide et plus ou moins tordu. On couche sur ce lit le malade dont la tête est relevée par un oreiller de cuir et dont les bras sont allongés sur les hanches. On l'enveloppe d'abord dans le drap mouillé dont les bouts croisés sur la poitrine vont se rejoindre derrière le dos, puis la couverture de laine est enroulée de la même façon autour du corps. L'excédant, par le bas, du drap et de la couverture est rabattu sur les pieds. Le tout est recouvert d'un lit de plume qu'on borde soigneusement aux pieds et sur les côtés.

« Le drap mouillé s'échauffe au contact de la peau et cela d'autant plus vite qu'il contient moins d'eau. Moins il est mouillé, moins il apporte de froid et plus il excite la peau et l'échauffe. Il se produit donc une excitation de la peau et une attraction du liquide sanguin dans les capillaires de celle-ci. Chez les personnes nerveuses, pour lesquelles l'emmaillottement complet, pénible par lui-même, devient insupportable, il est quelquefois nécessaire de laisser les bras libres au dehors du maillot. Si, du reste, on veut soustraire quelques parties isolées de la peau au contact immédiat du drap mouillé, on enveloppe ces parties de compresses sèches. Ce mode d'enveloppement ne produit de refroidissement important que lorsque le drap a été très-mouillé avec de l'eau très-froide. Si l'on redoute ce refroidissement, on tordra le drap un peu fortement, ou bien l'on emploiera de l'eau à une température moins basse.

« Les premiers symptômes accusés par le malade sont : un froid très-vif, de légers frissons et parfois un tremblement plus ou moins marqué, avec gêne de la respiration, pâleur de la face et ralentissement du pouls. Ces phénomènes font bientôt place à une sensation agréable de fraîcheur et de calme, puis tous ces signes disparaissent devant une réaction franche. »

Dans la congestion utérine, ce qu'on demande au maillot humide, ce n'est point l'action sédative qui se produit dans la première demi-heure, mais bien l'excitation périphérique qui commence à se produire au delà de ce laps de temps. Il n'est point utile de pousser l'excitation bien loin, c'est-à-dire jusqu'au moment où surviennent la turgescence de la face, des démangeaisons à la peau et une sueur abondante. Il suffit d'arriver au moment où la malade sent une vive chaleur l'envahir, où quelques gouttes de sueur commencent à perler sur son front.

A ce moment-là, il importe de la dégager rapidement, de frotter tout le corps avec une serviette humectée d'eau froide et de sécher la malade en l'enveloppant aussitôt de vêtements de laine.

Demi-maillot. — Le demi-maillot qui n'enveloppe la malade que depuis les aisselles jusqu'à la partie supérieure des cuisses laisse les membres libres et permet, sans exposer à un grand refroidissement, de faire des applications de longue durée. Le grand avantage du demi-maillot est de ne pas agir sur les jambes et les pieds qui, chez un grand nombre de personnes, réagissant très-difficilement, restent très-longtemps froids.

La sensation de froid réagit par action réflexe sur les centres nerveux. Elle détermine une congestion énergique de la surface cutanée d'où résulte une action révulsive des plus utiles.

Le demi-maillot est plus souvent indiqué que le maillot dans la congestion utérine parce qu'il est plus facilement supporté d'abord et ensuite parce qu'il ne congestionne pas la tête et permet un réchauffement plus facile.

Ceinture humide. — Un diminutif du demi-maillot, la ceinture humide, est encore un moyen d'un emploi facile et d'une action énergique qui peut rendre de grands services aux malades atteintes de congestions utérines soit passives, soit hémorrhagipares.

Une bande de toile de 3 ou 4 mètres de longueur sur 30 centimètres de largeur est mouillée sur la longueur d'un mètre à l'une de ses extrémités.

On exprime l'eau qu'elle contient et on la roule dans un linge sec

de façon à ce qu'elle ne soit plus qu'humectée. On enroule alors cette grande bande de toile sur la partie inférieure du tronc de façon que la partie humectée soit en contact avec la peau, la partie sèche de la bande sert à recouvrir deux ou trois fois la partie humide.

Cette application détermine une révulsion cutanée et une excitation réflexe du système nerveux sous l'influence desquelles on voit disparaître l'atonie des organes abdominaux. Aussi l'emploi de la ceinture humide est-il indiqué dans les cas de pléthore abdominale, de météorisme et de constipation qui s'établissent si souvent à titre de complications dans la congestion utérine.

Drap mouillé. — Chez les personnes qui ne sont point habituées à l'hydrothérapie et qu'on ne veut pas soumettre de prime-abord à un traitement qu'elles redoutent ou dont le médecin redoute les premières réactions, on emploie avec avantage le drap mouillé qui ne fatigue jamais et dont l'application peut être répétée plusieurs fois par jour sans le moindre inconvénient.

Le manuel opératoire est le suivant : on trempe dans l'eau froide un grand drap de toile très-dure, puis on l'exprime fortement. On le jette alors sur le dos de la malade et les extrémités ramenées en avant servent à la patiente à frictionner la partie antérieure du corps pendant que la doucheuse frictionne la partie postérieure.

L'opération dure de deux à trois minutes. La malade éprouve au début une sensation pénible qui s'évanouit à mesure que la réaction tend à se produire. On remplace le drap mouillé par un peignoir de laine à l'aide duquel on frictionne encore la malade, puis on la met dans son lit ou bien on l'habille et on la fait marcher suivant que son état maladif conseille telle ou telle réaction. Chez les malades débilitées par d'anciennes congestions utérines passives ou hémorrhagipares, le drap mouillé est très-utile puisque, après son emploi, on peut laisser la réaction se faire dans le lit sans demander à la malade de faire par la marche une réaction qui épuiserait ses forces ou aggraverait ses troubles utérins.

Immersion. — Piscine. — Lorsqu'on fait plonger brusquement la malade dans l'eau froide, dans un établissement hydrothérapique on

reproduit dans un grand bassin qu'on nomme piscine, d'une façon méthodique, les conditions du bain de rivière.

Pour que la réaction se fasse facilement, il ne faut pas que la malade reste immobile, il ne faut pas que l'immersion dure plus d'une demi-minute.

Si la malade est condamnée à l'immobilité par son état maladif, on doit faire arriver dans la piscine, à la surface du liquide, l'eau courante qui facilite la réaction.

La température de l'eau est en général dans ces conditions de 10 à 15 degrés.

C'est surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une congestion hémorrhagipare à forme intermittente, comme on en observe souvent, que l'immersion dans la piscine donne de beaux résultats.

Si l'on a affaire à une malade à réaction facile, la durée de l'immersion dans la piscine peut être augmentée, mais elle ne doit jamais durer plus de deux minutes.

L'immersion dans la piscine rend encore de grands services chez les malades atteintes de congestion utérine, frappées concurremment de parésie des membres inférieurs.

Lotions. — Affusions. — On donne le nom d'affusions aux lavages de tout le corps à l'aide d'une éponge imbibée d'eau froide. Ce moyen purement tonique et légèrement révulsif est utile aux personnes qui ne peuvent se livrer aux pratiques de l'hydrothérapie dans un établissement spécial.

Les affusions qui consistent dans la projection d'un seau d'eau sur toute la surface du corps sont aussi un moyen tonique et révulsif que la malade atteinte d'affection utérine peut employer chez elle, à l'aide d'un bassin *ad hoc* ou simplement dans une baignoire ordinaire.

La douche en pluie déversée sur la partie supérieure du corps aide au traitement de la congestion utérine, mais elle est formellement contre-indiquée lorsque la malade atteinte d'irritation spinale est sujette à des congestions mobiles qui peuvent se fixer au poumon et éveiller des susceptibilités diathésiques qui ne se fussent point éveillées sans cette provocation intempestive.

La douche en cercle que vous avez vue dans tous les établissements d'hydrothérapie est indiquée chez quelques malades atteintes de congestion utérine qui ne peuvent supporter la douche en jet et qui réagissent très-difficilement. La durée doit en être extrêmement courte, car l'impression en est généralement très-vive et, s'il se prolongeait, le refroidissement s'accentuerait très-vite et une excitation générale en serait la conséquence.

Ce sont les malades très-lymphatiques, polysarciques, qui présentent tous les caractères de l'asthénie, chez lesquelles ce modificateur produit d'excellents résultats.

En terminant ce qui est relatif à l'emploi de l'hydrothérapie, j'appellerai votre attention, Messieurs, sur l'inopportunité des douches localisées dans le traitement de la congestion utérine.

Il arrive fréquemment que les malades atteintes de congestion utérine se plaignent des souffrances que leur procure la névralgie lombo-abdominale. On se laisse souvent aller à diriger une douche en jet sur la région lombaire. Non-seulement on n'arrive pas à calmer par ce moyen-là la névralgie, mais l'excitation médullaire qui résulte de cette pratique maladroite augmente l'atonie des centres d'innervation vaso-motrice et accroît l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien.

THÉORIE DE LA MENSTRUATION

Par Madame Mary Putnam JACOBI

Professeur de matière médicale au Collège de médecine des femmes de New-York.
Traduit de l'anglais, par le docteur Raoul FAUQUEZ.

(Suite.)

Ces faits ont la plus grande importance, en raison de la masse de preuves qui a été accumulée pour démontrer que jusqu'à ce que la vésicule de Graaf soit rompue, l'œuf ne peut pas être fécondé.

Dans le cas où le coït pendant la période intermenstruelle a été suivi de conception, on a prétendu que les spermatozoïdes avaient attendu,

pour pénétrer dans le canal, jusqu'à la période menstruelle suivante, qu'un œuf ait été expulsé pour venir à leur rencontre. C'est l'interprétation, offerte par le Dr Ward (1), d'un cas où la conception fut effectuée neuf jours avant la période menstruelle, qui, d'ailleurs, n'eut pas lieu (2). Mais cette explication est une pure supposition basée sur l'acceptation sans restriction de la théorie qui veut que la chute de l'œuf n'arrive jamais qu'au moment de la période menstruelle.

De ce qui précède, deux faits importants en faveur de notre but peuvent être considérés comme acquis : 1° La formation de l'œuf est un phénomène de nutrition qui existe d'un bout à l'autre de l'enfance et par conséquent avant l'établissement du pouvoir de reproduction ou de l'exercice des fonctions sexuelles. A son origine ayant l'aspect d'une simple cellule épithéliale (3), l'œuf se développe et s'atrophie suivant les lois qui régissent les tissus épithéliaux. 2° La modification caractéristique dans l'historique de la vésicule de Graaf qui s'observe à la puberté est sa rupture, lorsqu'elle est arrivée à une certaine grosseur, laquelle rupture est suivie de la chute de l'œuf qui descend dans la matrice (4). Chez les animaux le phénomène du rut est constamment accompagné de la rupture d'un ou de plusieurs follicules et, dans un certain nombre d'autopsies de femmes, on a trouvé qu'une situation analogue coïncidait avec la menstruation.

Mais il est péremptoirement démontré, à la fois par les autopsies et par le fait des conceptions intermenstruelles, (*a*) que la rupture des follicules de Graaf peut avoir lieu non-seulement indépendamment du coït, mais en l'absence de la menstruation ; (*b*) que la menstruation et le coït peuvent avoir lieu sans la rupture des follicules. La description de l'autopsie faite à la page démontre que l'hypérémie douteuse signalée dans les tissus utérins (ou dans une partie de ceux-ci) à l'époque de la menstruation, s'étend au stroma de l'ovaire, et même à la couche périfolliculaire du follicule de Graaf. Maintenant

1. Dit être dans *Schmidt's Jahrbucher*, 1854, mais il m'a été impossible de vérifier cette citation.
2. *New-York medical Journal*. 1875.
3. Quoique, même avant la fécondation il ait cessé d'être une cellule et se soit développé en un organisme complet par sa fusion avec les éléments du disque proligère. (Waldeyer.)
4. Comme nous l'avons vu, quelques auteurs admettent une sorte de rupture particulière même pendant l'enfance, mais nous ne pensons pas que cela soit suffisamment prouvé.

il est hors de doute que l'hémorrhagie utérine ou le phénomène clinique en apparence impossible à distinguer de celui de la menstruation se produit fréquemment sous l'influence d'une cause qui accélère la circulation ou qui augmente la tension artérielle ou même peut-être sous ces deux influences. De là les « épistaxis utérines » dans la première période des fièvres (1), ou pendant leur cours sous l'influence d'émotions vives. Les défenseurs de la théorie ovulaire de la menstruation supposent dans ces cas que la maturation d'un follicule de Graaf a été hâtée par l'accélération de la circulation (2) et que « l'irritation » ainsi produite a provoqué l'hypérémie menstruelle. Mais la supposition de cette nécessité est purement gratuite et incompatible certainement avec la théorie d'un cycle fatalement périodique dans la maturation du germe ovarien.

Dans les quelques cas (nous ne nous en rappelons aucun dans ce moment) où la rupture des follicules a coïncidé avec de telles « menstruations » irrégulières, elle doit être considérée comme la conséquence de l'augmentation de la tension vasculaire, non comme sa cause. Dans ces cas au moins, cette cause est admise comme générale.

Nous disons que ces faits ont une importance considérable pour le but que nous poursuivons, parce que, depuis la publication et l'acceptation presque universelle de la théorie de l'ovulation, on a supposé que toutes ces modifications particulières dont on admet que les vésicules de Graaf sont le siège à chaque période menstruelle impliquaient une dépense spéciale de force nerveuse qui constituait une perte si insensible à la vie individuelle de la femme.

L'idée que la menstruation était l'expression d'une excitation sexuelle existait avant la théorie de l'ovulation (Lecat. Emett. Voyez *ut supra*), et elle est encore soutenue par des auteurs tels que Beigel qui néanmoins rejettent complétement cette dernière théorie. Cependant, c'est principalement sous son influence qu'on a commencé à considérer le développement de la vésicule de Graaf et de l'œuf qu'elle

1. Noté par Gubler.

2. Nous avons vu l'autre jour un enfant qui portait au cou une glande lymphatique qui s'était engorgée depuis longtemps sans douleur à la suite d'une irritation du nez, et qui s'était mise à suppurer soudain, au moment où, la santé s'améliorant, la circulation devint plus active.

contient comme un phénomène nutritif des autres cellules, et comme la cause d'une irritation spéciale des nerfs de l'ovaire réfléchie à tout le système nerveux.

D'après Pfluger l'accumulation graduelle de cette irritation détermine à la fin , par transmission réflexe, dans l'utérus et les ovaires, un afflux de sang qui constitue le flux menstruel (1). D'après Rouget, dont nous allons examiner à l'instant la théorie en détail, cette irritation est insuffisante pour déterminer une véritable érection de tous les organes internes de la génération.

Maintenant quoique l'idée de cette hypérémie périodique puisse être soutenue, nous croyons que l'évidence ne permet pas de séparer le développement de l'épithélium germinatif du phénomène général de nutrition pas plus que de lui attribuer quelque influence nerveuse spéciale ou sexuelle.

En vérité, la supposition (car, bien qu'appuyé par une autorité si imposante, cela est presque plus qu'une supposition) d'une excitation nerveuse périodique produite par le développement périodique de cellules reproductrices ne sert qu'à confondre les deux fonctions de l'appareil de reproduction de la femme qui devraient être complétement distinctes, soit l'appareil de reproduction et l'appareil sexuel.

La reproduction est essentiellement un processus de nutrition (2). Depuis les infusoires les plus inférieurs (3) jusqu'à l'homme, la fusion de deux cellules dérivées soit d'un seul individu (*agamogenesis*), soit de deux (*gamogenesis*), chaque cellule concentrant en elle-même les molécules représentatives de l'organisme dont elle dérive (4), constitue l'essence de ce processus physiologique important. Comme le sexe est subordonné à la nécessité d'un développement complexe dont il est la conséquence (5), de même l'instinct sexuel et l'excitation sont entièrement subordonnés à ce fait fondamental de l'accroissement du pouvoir de développement d'une

---

1. Cette théorie est adoptée par Barnes et beaucoup d'autres gynécologistes.
2. Voyez Claude Bernard, *Lectures faites au Collège de France*, publiées dans la *Revue des cours scientifiques*. 1874.
3. Voyez Balbiani, *Génération sexuelle chez les infusoires ; Journal* de Brown-Sequard, t. I. 1858.
4. Darwin, *Théorie of Pangenesis ; Variétés des Animaux domestiques.* Galton, *Journal of Anthrop. institute.* 1876.
5. Spencer, *Principles of Biology ;* Hirth, *Marriage of Near Kin.*

cellule par l'absorption de la matière et par l'influence des forces moléculaires d'une autre (1). Cette fusion sexuelle est encore une simple extension d'une fusion intra-ovulaire plus ancienne, sans doute nécessaire pour compléter la maturité de la cellule femelle ou la fusion entre la vésicule de Balbiani et la vésicule germinative. (Balbiani, Bernard, *loc. cit.*)

A la vérité, l'ovule parfaitement mûr ne peut pas être considéré comme une simple cellule.

L'épithélium folliculaire se combine avec lui après avoir formé le disque proligère. Déjà, donc, un organisme complexe s'est développé ayant pour origine une simple cellule épithéliale et avant qu'elle ait été envahie par les spermatozoïdes.

L'instinct sexuel ou impulsion sexuelle est naturellement absent dans certaines grandes classes d'animaux ; par exemple, chez tous ceux qui se reproduisent sans union sexuelle, ou par fusion de cellules, dans les deux cas par le même individu ; il doit exister sous une forme modifiée chez les animaux ovipares, comme les poissons, dont les œufs sont fécondés après complète séparation du corps de la femelle. Maintenant, c'est précisément chez ces animaux que le développement périodique des ovaires prend les proportions les plus marquées ; en d'autres termes, le phénomène de la reproduction est effectué principalement par un seul élément, l'excès de nutrition.

L'expulsion de tels produits de la nutrition se fait sans le concours des sexes et par un processus en quelque sorte analogue à la défécation et à la miction. Chez les animaux chez lesquels l'union des sexes est essentielle à la fécondation, soit que les œufs soient fécondés étant encore dans le corps de la femelle, soit qu'ils le soient au moment de leur sortie, comme chez les grenouilles, il existe, relativement à l'expulsion de la cellule reproductrice, une curieuse différence entre les deux sexes. Chez la femelle elle a lieu spontanément ; chez le mâle, à l'état normal, elle ne se produit jamais sans le concours des rapports sexuels. Cette théorie de l'ovulation spontanée signifie précisément que chez la femelle la partie essentielle de la reproduction n'exige pas l'accomplissement de l'acte

1. Voyez Haeckel, *Anthropogénie* ; His, *loc. cit.*

sexuel. La supériorité de la femelle dans l'accomplissement de cet acte important de la reproduction peut être contre-balancée par son infériorité sexuelle ; elle est inférieure quant au sexe. Cette proposition est encore vraie même lorsque la manifestation de l'instinct sexuel coïncide avec la chute de l'œuf, puisque la satisfaction de cet instinct n'est pas nécessaire à la ponte des œufs. Cela est principalement vrai pour la femme, chez laquelle, dans l'immense majorité des cas, la chute de l'œuf a lieu au moment où l'instinct sexuel, non-seulement n'est pas satisfait, mais encore n'est pas éveillé. Cette manière de voir persisterait même s'il était prouvé que la chute de l'œuf a lieu exclusivement à l'époque de la menstruation, mais, depuis que, d'après ce qui précède, la fameuse doctrine est, après tout, reconnue inexacte, la séparation des éléments sexuels et nutritifs de la reproduction chez la femme peut être considérée comme complète.

Mais les follicules de Graaf, en grand nombre cependant, n'occupent pas le tissu entier de l'ovaire, pas plus que, même dans la théorie ovulaire, la déhiscence de l'œuf ne constitue tous les phénomènes caractéristiques de l'établissement de la puberté ou de la menstruation. Quant aux ovaires, c'est dans le stroma et les vaisseaux sanguins qu'on peut trouver les plus importantes modifications observées à l'approche de la période menstruelle.

Nous avons déjà mentionné la remarque de Waldeyer que l'albuginée devient plus épaisse à cette époque. Il attribue cet épaississement à l'irritation nutritive exercée sur le stroma par le développement continuel des follicules dont il est parsemé. A mesure que l'ovaire avance en âge, le stroma se modifie grâce à l'accroissement considérable des vaisseaux sanguins et aussi à la présence de petites fibres musculaires. Les artères des ovaires se développent de bonne heure et deviennent hélicines comme celles de l'utérus.

Des branches extrêmement nombreuses s'étendent sur la périphérie de l'organe et sur les follicules de Graaf qui sont beaucoup plus vascularisés à la puberté que dans l'enfance. (Grobe, Waldeyer, Ritchie.)

A la base de l'ovaire existe un plexus de vaisseaux sanguins si riche qu'il constitue un tissu analogue aux corps caverneux et que,

depuis Rouget, il a été appelé le bulbe de l'ovaire. C'est ce physiologiste qui, dans un mémoire devenu fameux (1), a décrit avec le plus de soin le tissu vasculaire des organes internes de la génération, démontrant, au moyen d'injections, une richesse de vaisseaux sanguins qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'alors.

Rouget a décrit le premier avec soin la disposition des vaisseaux sanguins dans les tissus érectiles, réfutant l'assertion de Miller qui prétendait que, dans les tissus érectiles, les artères se terminaient en culs-de-sac, et il les représente comme formant des bouquets dont les branches se tordent elles-mêmes en brusques spirales, entrelacées et anastomosées en groupes vasculaires qui persistent pendant l'érection au lieu de s'effacer comme de simples flexuosités. Les veines et les capillaires forment aussi d'énormes dilatations et anastomoses et toute la masse vasculaire est renfermée dans les mailles de petits trabécules musculaires. Un tissu érectile semblable existe au hile de l'ovaire, dans le parenchyme de cet organe et surtout dans le corps de l'utérus, *mais exclusivement chez les femmes.* Aucun autre mammifère ne présente un développement de vaisseaux assez considérable, par rapport au parenchyme, pour constituer un tissu érectile.

Lorsque les vaisseaux utéro-ovariens sont injectés, le corps de l'utérus s'élève dans le petit bassin et reste élevé et courbé en avant tant que les tissus érectiles sont distendus. On observe le même phénomène dans l'ovaire, mais moins marqué ; aucune modification n'a lieu dans la trompe de Fallope.

Les descriptions de Rouget et ses figures ont été reproduites dans beaucoup de traités sur les maladies des femmes (2).

Sa description de la fibre musculaire de l'ovaire est aussi remarquable que celle des vaisseaux. Avant d'examiner celle de la femme, il décrit les plans musculaires chez divers animaux ; ils enveloppent l'ovaire comme pour guider l'œuf dans les oviductes. Chez les poissons cartilagineux, les œufs tombent dans le péritoine où beaucoup

---

1. *Journal de physiologie* de Brown-Sequard, 1859. La thèse de Rouget avait été passée en 1855.
2. Voyez Courty, Thomas, *Maladies des femmes.* Grailley-Hewitt. Liégois, *Traité de la physiologie.*

se perdent. Ceux qui survivent sont chassés hors de l'oviducte par les contractions des parois abdominales. Chez les reptiles à écailles, l'enveloppe musculaire (mésoarium) entoure l'oviducte et l'ovaire, et en se contractant les relie l'un à l'autre. Chez les oiseaux (les femelles), le mésoarium est très-bien développé et peut être aperçu à l'œil nu. Chez les oiseaux, le feuillet péritonéal (ligament large) est essentiellement formé de fibres musculaires. « Chez les femmes, le tissu musculaire ne forme pas une membrane continue, mais une espèce de canevas à larges mailles, mélange de fibres musculaires et nerveuses, le tout recouvert et masqué par du tissu conjonctif.

« On ne trouve de fibres cellules musculaires caractéristiques qu'à la surface des ligaments membraneux du péritoine. *Entre les deux feuillets qui forment sa surface, nous ne trouvons guère que du tissu cellulaire, des vaisseaux et des nerfs.* Les fibres musculaires ne sont pas faciles à trouver *chez l'enfant et la femme multipare.* Mais pendant la grossesse et longtemps après, il n'y a pas de doute possible. » On démontre trois systèmes de fibres.

Les premières s'élèvent du ligament rond et s'étendent en éventail sur toute la hauteur de l'utérus, s'entrelaçant avec celles du côté opposé. Les secondes naissent de la face postérieure de l'utérus et du ligament de l'ovaire. Elles ne se terminent pas brusquement à son extrémité interne, mais se prolongent dans le stroma de la glande, enfermant les follicules de Graaf dans leurs mailles. Cette opinion est admise par Grober, mais Waldeyer nie que les fibres musculaires s'étendent jusqu'aux follicules. Ce dernier, Henle et les siens (1) ont trouvé qu'elles formaient des gaînes autour des artères dans la portion médullaire de l'ovaire, mais qu'elles ne s'étendaient pas plus loin que la limite de la zone parenchymateuse. Le troisième système décrit par Rouget constituerait le ligament lombaire qu'il est pourtant très-difficile de démontrer. Il dit qu'elles sortent de la région lombaire et de l'utérus, qu'elles embrassent toute la longueur des trompes de Fallope et par leurs contractions appliquent ces dernières sur l'ovaire fermé sur la plus proéminente vésicule. « Cette contraction résulte de l'irritation réflexe causée par la distension du

1. Décrit aussi par Hennig. *Der Katarrh*, p. 3.

stroma ovarien lorsque les vésicules de Graaf atteignent un certain degré de développement. » Cette irritation réflexe se propage à tout l'appareil musculaire des organes génitaux internes. Les fibres tubo-ovariennes se contractent (*ut supra*), leur contraction produit de la compression dans le réseau musculaire et le sang chassé du plexus ovarien distend les corps spongieux de l'utérus, jusqu'à ce que, à la fin, sous l'augmentation croissante de la pression, les vaisseaux sanguins de la membrane muqueuse utérine se rompent ; de là l'hémorrhagie menstruelle. »

Cette théorie a obtenu une immense influence. Courty fait observer que « au moyen de l'érection artificielle de l'utérus et de l'ovaire sur le cadavre,nous pouvons démontrer leur véritable pouvoir érectile et la part que l'érection joue dans l'ovulation, la menstruation, la copulation ». Ces manières de voir ont eu probablement beaucoup à compter avec l'habitude qu'on avait de considérer la menstruation comme une congestion locale (1) et incontestablement elles ont été pour beaucoup dans la confirmation des analogies supposées entre la menstruation et le rut, tandis que, d'un autre côté, elles ont été guidées elles-mêmes par ces analogies.

Il est incontestable que le tissu des ovaires devient vasculaire à la puberté, et que les fibres-cellules des muscles lisses se confondent avec le tissu conjonctif dans le stroma. La masse entière de l'organe est quelquefois augmentée de volume. A la naissance elle mesure environ $0^{m},013$ en longueur, $0^{m},016$ en largeur et $0^{m},003$ à $0^{m},0035$ en épaisseur.Chez la femme adulte elle est de $0^{m},038$ en longueur,$0^{m},020$ en largeur et $0^{m},015$ en épaisseur (2). Quelques exemples de hernie de l'ovaire ont été l'objet d'observations et ont montré que quelquefois la masse augmente pendant la menstruation ainsi que la vascularité. La démonstration en a été fournie par les autopsies (3). Mais entre ces modifications et « l'érection » supposée démontrée par Rouget, et surtout le mécanisme de cette érection par contractions réflexes de fibres musculaires si délicates que jusqu'à ce qu'elles aient été développées par la grossesse leur existence peut à peine être démontrée,

1. Peaslu, *New-York médical Record*. 1876.
2. Beaunis, *Anat. descriptive*.
3. Voir p. 173 et 181.

entre ces deux ordres de faits il y a une grande distance. Nous pensons que les objections sérieuses qui suivent doivent être opposées à la théorie de Rouget :

1. Même en admettant (et nous ne l'admettons pas) que à chaque époque menstruelle le plexus des vaisseaux sanguins utéro-ovariens se distende entièrement comme dans les injections de Rouget, une telle injection ne pourrait d'elle-même constituer une érection. Des bouquets artériels, renfermés dans les mailles du tissu conjonctif, et des trabécules contenant des fibres musculaires existent dans la rate aussi bien que dans les tissus érectiles. Il y a là tout ce qu'il faut pour qu'une accumulation soudaine de sang cause une grande distension de l'organe et cependant personne n'a encore décrit ce phénomène sous le nom d'érection. La distinction est d'une grande importance pratique, parce que ce terme suppose nécessairement une excitation tellement intense de certains centres cérébro-spinaux qu'elle doit, à ce moment, nuire à l'activité de certains autres.

2. Les tissus érectiles sont partout externes, ils sont développés dans l'épiblaste ou repli embryonnaire de la vie animale ; tandis que les organes internes de la génération se développent dans l'hypoblaste ou couche nutritive, intestins primitifs. La prédominance chez les femmes des organes internes de la génération sur les organes externes est un indice de la prédominance chez elles de la reproduction sur la sexualité, et non, comme Rouget le suppose, d'un transport du siège de la sensibilité sexuelle.

3. Pendant la menstruation, la sensation est absente ou douloureuse. Les cas où l'instinct sexuel se réveille à cette période sont décidément en très-petit nombre (1). Lorsque les sensations douloureuses existent, elles se manifestent sous forme de crampes, de brûlements ou de pesanteur. Dans ce dernier cas, l'utérus ne s'élève pas dans la cavité pelvienne, mais s'abaisse, ce qui est en opposition manifeste avec la théorie et avec l'expérience de Rouget.

J'ai observé quelques exceptions à cette règle. Chez une femme anémique et stérile qui se sentait bien portante pendant la menstrua-

1. Bischoff dans un mémoire fameux essaye d'échapper et par conséquent d'aplanir cette difficulté.

tion et la semaine qui la précédait, mais fatiguée et accablée pendant les deux autres semaines, à l'examen que je fis pendant cette dernière période, je trouvai l'utérus en rétroversion.

Il ne résultait de ce déplacement aucune douleur locale ni aucun trouble. A l'examen, fait un jour avant la menstruation, je trouvai l'utérus en place, littéralement en érection.

4. On a longtemps considéré que les artères hélicines de l'utérus et le bulbe de l'ovaire existaient en prévision de la grossesse. Il a été en effet démontré que leurs flexuosités ne disparaissaient jamais, comme on l'avait supposé, pendant la grossesse, et que les artères ne se redressaient jamais. Mais les flexuosités permettent l'accumulation d'une plus grande quantité de sang pendant plus longtemps que si les vaisseaux étaient rectilignes ; ce qui constitue une admirable provision pour la nutrition du fœtus. Dans l'état normal, le sang qui afflue dans le plexus ovarien à la menstruation s'en écoule aussitôt qu'il y arrive. La stase du sang dans le parenchyme utérin ou dans celui des ovaires provoque immédiatement des symptômes qui sont incompatibles avec une menstruation normale. D'un autre côté, lorsque la conception a eu lieu,la même accumulation de sang s'effectuera sans causer aucune sensation de désordre local. Il n'est pas rare de voir des femmes qui souffrent habituellement au moment de la menstruation passer les six ou sept premières semaines de la grossesse sans que l'hypérémie physiologique des organes pelviens leur cause de sensation pénible.

Chez les femmes qui souffrent d'un léger prolapsus ou d'une congestion utérine chronique, la disparition des sensations de pesanteur dans les lombes qui leur sont habituelles, constitue souvent l'un des premiers signes de la grossesse.

L'auteur se rappelle, en ce moment, quatre exemples bien nets de ce fait. Ils montrent que, dans le plexus ovarien, si la rapidité de la circulation est proportionnée à l'excès du sang, l'hypérémie cependant considérable ne provoque aucune sensation.

5. Mais le mécanisme imaginé par Rouget suppose non une augmentation de l'afflux sanguin, mais une augmentation de la stase du sang dont le retour par les veines utérines est empêché par la contraction des fibres musculaires. Nous croyons qu'il est impossible,

même d'après les descriptions de Rouget lui-même, d'admettre la succession des phénomènes qu'il décrit d'une façon si pittoresque et si imaginative.

L'existence des plans de fibres musculaires qui entourent les ovaires chez les autres animaux, spécialement les ovipares, ne doit pas faire supposer qu'il existe de semblables couches musculaires chez la femme, excepté à l'état rudimentaire. Rien n'est plus commun que de rencontrer, chez les animaux supérieurs et spécialement chez l'homme, des rudiments de structures plus complètes chez les animaux inférieurs. Rouget décrit chez les femmes des fibres-cellules musculaires entièrement rudimentaires et on peut même les montrer clairement, excepté sur des femmes enceintes ou récemment accouchées.

Rouget insiste encore sur ce fait que l'on peut seulement obtenir de ces fibres près de la surface du feuillet péritonéal. Les lames qui passent au-dessus du bulbe de l'ovaire sont trop amincies pour pouvoir exercer par leur contraction une compression efficace sur les vaisseaux au niveau du hile. Encore c'est à cette compression causant le reflux du sang vers l'utérus que l'auteur attribue la « congestion » qui précéderait l'hémorrhagie menstruelle. D'ailleurs, un obstacle à la circulation en ce point n'arrêterait pas complétement la circulation pampiniforme, puisque, comme Rouget le dit lui-même, ce plexus a trois débouchés, en bas dans les veines honteuses, au milieu dans les veines utérines, et en haut dans les veines ovariennes.

Nous croyons donc que la fameuse théorie de Rouget sur l'érection est non-seulement sans preuves, mais encore impossible à soutenir.

1. Parce que la disposition des vaisseaux sanguins décrite par lui existe en rapport avec la grossesse.

2. Parce que les autopsies de femmes mortes pendant la menstruation n'ont jamais montré une distension de ces vaisseaux en aucune façon comparable à celle que produisent les injections sur le cadavre.

3. Parce que les sensations éprouvées par la femme, dans les premières semaines de la grossesse ou pendant la menstruation normale, prouvent que l'expression subjective d'hypérémie pelvienne est très différente de celle de stase.

4. Parce que le phénomène d'érection ne dépend pas exclusivement de la distension des tissus caverneux par le sang, mais exige un

phénomène spécial de l'innervation, absent dans le flux menstruel, dans la grande majorité des cas. Il arrive souvent à l'égard de cette question que la théorie invente des faits dans des cas où les faits eux-mêmes n'auraient jamais inspiré la théorie.

5. Parce que les tissus érectiles appartenant à la sphère de la vie animale sont développés aux dépens de la couche animale du blastoderme ou épiblaste, tandis que les intestins primitifs de la femme dérivent de la couche nutritive ou hypoblaste.

6. Parce que les fibres musculaires, dans les replis du péritoine, sont rudimentaires en dehors de la grossesse, sont superficielles et qu'il n'est pas possible de prouver qu'elles puissent resserrer les vaisseaux sanguins situés profondément.

7. Parce que, même si une telle compression était exercée sur le bulbe de l'ovaire, il existe par ailleurs de nombreux débouchés pour le retour du sang, de telle sorte qu'une accumulation du sang par un tel mécanisme est doublement inconcevable.

8. Parce que la raison, qui a conduit à admettre que les vésicules de Graaf peuvent se développer complétement sans la coïncidence de l'hémorrhagie utérine, prouve qu'un tel développement ne provoque pas nécessairement une irritation susceptible d'exciter des contractions musculaires réflexes. Cette dernière preuve a été admise depuis les *essais* de Pfluger. (*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Séance du 21 novembre 1879.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

FIBROME UTÉRIN. — GANGRÈNE DE LA TUMEUR. — ÉLIMINATION LENTE. — SEPTICÉMIE. — PÉRITONITE.

Par E. LABAT, interne des hôpitaux.

Commaille Annette, quarante-sept ans, couturière. Entrée le 18 octobre 1879 dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-

Louis, salle Sainte-Marthe, nº 62. C'est une femme bien constituée, issue d'une famille de gens vigoureux. Elle a eu trois enfants, tous vivants et bien portants. Elle a fait une fausse couche il y a dix-sept ans : depuis cette époque, elle a toujours souffert du ventre. Il y a dix ans, fièvre typhoïde dont elle se releva très-bien. Elle aurait eu, il y a cinq ou six ans, des hématuries. Quoi qu'il en soit, « *bien qu'elle se plaignit toujours un peu du ventre* », sa santé était relativement satisfaisante.

Les troubles sérieux ne remontent qu'à cinq ou six mois : depuis cette époque, son ventre est augmenté de volume, les douleurs sont plus vives ; enfin, elle perd du sang presque continuellement.

A son arrivée dans le service, on constate tous les signes d'une anémie profonde, affaiblissement général, facies décoloré, palpitations, souffle dans les vaisseaux du cou. La malade perd du sang en abondance. Le col utérin est fermé, non ulcéré. L'utérus est très-gros : il remonte à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis. Il est assez régulièrement développé. Néanmoins, le diagnostic de fibrôme utérin est porté. La malade est mise au repos et soumise à un régime tonique et légèrement excitant.

Elle était dans le service depuis environ vingt jours, lorsque, le 9 novembre, les douleurs redoublent d'intensité, reviennent par intervalles, et prennent un *caractère expulsif*, auquel la malade ne se trompe pas et qu'elle prend soin de nous indiquer.

Le lendemain, 10 novembre, à la visite du matin, la malade nous dit « *qu'elle rend quelque chose par la matrice* ». M. Le Dentu l'examine, et trouve une masse volumineuse qui fait saillie à la vulve et qui répand une odeur gangréneuse infecte, qu'on pouvait déjà constater autour du lit, avant de découvrir la malade. Cette masse est molle, dépressible, d'un gris brunâtre, avec des points clairs et des lignes plus sombres : du reste, la meilleure idée que nous puissions donner de son aspect, de sa couleur et de sa consistance, c'est de la comparer à un placenta, mais à un placenta déjà vieux et macéré.

Cette ressemblance est si grande que l'idée d'une rétention placentaire se présente immédiatement à l'esprit de M. Le Dentu et de plusieurs assistants. A travers le col qui s'est entr'ouvert pour la laisser passer, la masse se prolonge profondément dans la cavité utérine.

Après quelques tractions très-modérées et sans résultat, M. Le Dentu *résèque le plus possible de la portion expulsée hors de l'utérus.*

Les parties ainsi réséquées pèsent environ une livre. Des injections vaginales avec une solution phéniquée au 40ème sont faites trois fois dans la journée. T. matin 38 ; soir 38,9.

11 *novembre.* Une nouvelle masse moins volumineuse que celle de la veille, mais semblable comme aspect, comme couleur et comme odeur fait saillie à la vulve. On en coupe le plus possible. Injections vaginales antiseptiques ; sulfate de quinine 0,75. T. matin 37,2 ; soir 38,5.

12 *novembre.* Quelques lambeaux sont encore sectionnés. Injections vaginales antiseptiques; sulfate de quinine 0,75. T. matin 36,2; soir 37,6.

13 *novembre.* On enlève des débris pour la dernière fois. On sent encore quelque chose de mou dans le col qui est entr'ouvert, sans qu'on puisse déterminer le point d'implantation de la partie que l'on sent. Le corps de l'utérus est incliné en arrière et un peu à gauche. Les culs-de-sac sont libres. Sulfate de quinine.

14 *novembre.* Dans la nuit, la malade a un frisson violent qui dure plusieurs heures. Le matin nous la trouvons sans fièvre, le thermomètre marque 37, mais le soir il accuse 39,4.

15 *novembre.* Frissons irréguliers dans la journée ; abattement général, facies fatigué ; quelques nausées, vives douleurs dans le ventre. T. matin 38 ; soir 39.

16 *novembre.* Même état général d'accablement : un frisson dans la journée. Ventre très-douloureux : huit sangsues sont appliquées sur l'abdomen. T. matin 38,2 ; soir 39,4.

17 *novembre.* Nouveau frison. On sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac gauche. Potion phéniquée ; le sulfate de quinine est repris à la dose de 0gr,75. T. matin 39; soir 40,6.

18 *novembre.* La malade ne peut supporter la potion phéniquée ; huit ou dix vomissements porracés, deux frissons intenses avec claquement de dents. Sulfate de quinine. T. matin 38 ; soir 40,2.

19 *novembre.* Ventre toujours très-douloureux et légèrement ballonné ; nombreux vomissements ; facies grippé ; pouls petit et irrégulier : deux frissons dans la nuit. Sulfate de quinine; vésicatoire ammoniacal sur le ventre. T. matin 39 ; soir 40.

Mort dans la matinée du 20 novembre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — L'incision de la paroi abdominale à peine faite, une notable quantité d'un liquide purulent, jaunâtre, s'échappe de la fosse iliaque droite. La masse

intestinale mise à nu, on remarque que les anses du tube digestif sont agglutinées par des fausses membranes légères et friables en haut, épaisses, résistantes, plus nombreuses vers le petit bassin qui paraît rempli de pus. En effet, tous les organes intra-pelviens baignent dans un pus de couleur jaune : au milieu, on aperçoit l'utérus recouvert de tractus d'un blanc jaunâtre qui, à gauche, se relient avec le paquet intestinal. Au niveau du point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, on voit un abcès du volume d'une noix, creusé dans la paroi de la matrice et ouvert dans le péritoine. La trompe droite est remplie de pus. Rien dans la gauche ni dans les ligaments larges. L'orifice externe du col est ouvert, et, avec le doigt, on peut pénétrer dans le canal cervical jusqu'à l'orifice interne qui est fermé.

L'utérus mesure 14 centimètres de hauteur et 12 centimètres 1/2 de largeur maximum. Une coupe pratiquée dans le sens de la longueur sur la face antérieure de l'organe met a découvert la cavité utérine. Elle est remplie d'une masse putrilagineuse, fétide, ressemblant exactement au produit expulsé. Cette masse adhère par des tractus assez lâches à toute la face antérieure de la cavité, empiétant même sur les bords latéraux et sur la face postérieure. La hauteur de cette insertion sur la paroi antérieure est d'environ 6 centimètres. Toute la surface utérine d'insertion est molle, d'un gris sombre, putrilagineuse, partout ailleurs, la muqueuse est fortement congestionnée et ramollie.

Les parois de l'organe sont très-résistantes au doigt et épaisses d'environ 2 centimètres. Ces parois n'étaient pas complétement revenues sur la masse molle qu'elles contenaient encore ; la cavité utérine existe réellement et pourrait loger une pomme de moyenne grosseur. A la coupe, le tissu utérin a son aspect normal.

Toutes les parties éliminées pendant la vie de la malade avaient été recueillies avec soin et confiées à notre excellent ami et collègue Mayor, qui a bien voulu les examiner au microscope ; elles présentaient tous les caractères histologiques du tissu du fibrôme utérin.

Trois points nous paraissent devoir être relevés dans cette observation : 1° la large implantation de la tumeur, ce qui rendait une énucléation rapide impossible ; 2° l'élimination lente de la masse morbide par un travail de gangrène amenant une grande abondance de produits septiques dans l'utérus ; 3° la possibilité de conjurer les

accidents, dans des cas analogues, en attaquant directement le foyer gangréneux par des injections utérines antiseptiques.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÉNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 décembre 1879.

LE TABAC ET LA GROSSESSE.

M. Delaunay conclut des renseignements qui lui ont été fournis par plusieurs sages-femmes du quartier du Gros-Caillou, que sur les 2,000 ouvrières qui sont employées à Paris à la manufacture des tabacs, les avortements sont extrêmement fréquents.

Cette opinion serait accréditée à la manutention et beaucoup d'ouvrières cesseraient de venir à l'atelier à la fin de leur grossesse.

Les grossesses seraient souvent pénibles.

Le lait des nourrices serait mauvais et la mortalité des enfants considérable.

M. Brouardel fait observer avec raison qu'il serait bon de tenir compte des conditions mauvaises qui sont communes aux ouvrières de la manufacture des tabacs, comme à toutes les ouvrières.

M. Bouley propose de faire des expériences sur les animaux, et notamment sur la chèvre, qui aime le tabac.

M. Laborde a nourri des animaux avec le lait de chèvres nourries avec du tabac, et n'a rien observé.

J'ajoute que la chèvre me semble mal choisie. Ce n'est pas chez cet animal qui aime le tabac et n'en est pas incommodé qu'il faudra étudier l'action de la nicotine, pàs plus qu'on n'étudiera l'action de la belladone sur le lapin.

(*Journal de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR CABOY

M. Armaingaud. Je viens d'observer un fait de thérapeutique pratique qui a son importance et que je tiens à faire connaître à mes collègues. On sait que l'œsophagisme est un phénomène assez constant dans l'hystérie, qu'il est souvent rebelle et qu'il faut quelquefois le combattre par des procédés chirurgicaux. Je viens de le vaincre tout simplement par des pulvérisations d'éther sur la région du cou. Deux fois j'avais déjà employé ce moyen avec succès : il a encore répondu à mon attente tout récemment chez une jeune fille qui présentait ce symptôme depuis quinze jours et qui, ne mangeant plus, était arrivée à un certain degré d'émaciation. Il a suffi de quelques séances pour obtenir l'effet le plus favorable. Je me suis préoccupé de savoir si l'éther absorbé à l'état de vapeur n'agissait pas comme anesthésique général. Mais l'expérience que j'ai tentée de faire respirer directement de l'éther à la malade m'a convaincu du contraire en n'amenant aucun résultat.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE (1).

Séance du 13 *février* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. EUSTACHE.

M. Vauverts. Jeudi soir est entrée dans le service d'accouchements de l'hôpital Sainte-Eugénie une femme âgée de quarante-cinq ans,

1. Dans notre dernier numéro nous avons rapporté une observation de M. Vauverts. Nous rapportons aujourd'hui le résumé de l'observation et la discussion à la Société des sciences médicales de Lille.

en travail depuis plusieurs heures. Elle a eu déjà deux enfants vivants dans deux accouchements heureux ; il ne paraît pas en être de même pour celui-ci. A son entrée, les internes constatent la présence d'une tumeur volumineuse remplissant tout le vagin et venant faire saillie à l'extérieur.

C'était le col de l'utérus hypertrophié. La dilatation ne s'effectuant pas, M. Vauverts est appelé; il arrive à neuf heures et observe l'anomalie déjà constatée par ses élèves. Le col considérablement développé formait un long canal de 13 cent. de longueur où le doigt pénétrait jusqu'à l'orifice interne, mais sans pouvoir le franchir, tant il était serré. Néanmoins on peut constater une présentation de la tête, non encore engagée, ni par conséquent fixée. L'enfant est vivant.

On fait de nombreuses tentatives pour hâter la dilatation du col, sans trop y réussir ; jugeant la vie de l'enfant en danger, M. Vauverts rompt la poche des eaux et essaye d'introduire la main pour pratiquer la version mais sans succès : plus tard un léger progrès dans la dilatation permet d'introduire les branches du forceps, avec beaucoup de peine, il est vrai, mais une fois introduites on peut les croiser.

Dès lors l'enfant ne donnant plus signe de vie, la patiente étant à bout de forces, M. Vauverts juge à propos de faire cesser toute manœuvre et de faire reposer la parturiente. Il enduit l'orifice interne du col avec de la pommade belladonée pour combattre la contracture et se retire.

Dès le lendemain un bain prolongé est donné. A huit heures les douleurs, après quelque temps de répit, recommencent mais sans faire faire de progrès à la dilatation, qui a plutôt diminué qu'augmenté. M. Desplats, qui vient se joindre à moi, constate tous les faits cités plus haut; de plus, on trouve qu'il y a changement de présentation, on a maintenant une présentation de l'épaule droite, tête à gauche, dos en avant. — On tente de nouveau la version ; M. Giamboni, interne, arrive à saisir le pied gauche. Les membres inférieurs se dégagent très-difficilement; le col est appliqué sur les cuisses. Pendant le passage des deux membres avant le bassin on entend un craquement ; c'était le signal d'une déchirure ; dès lors la tête vient facilement et la délivrance se fait parfaitement bien.

Le toucher fait constater une déchirure de 0,06 à 0,07 de longueur sans pénétration dans la cavité abdominale, et, chose remarquable, malgré l'étendue de la lésion il y eut à peine un léger écoulement de sang et de sérosité.

Tout semblait se passer régulièrement lorsque trois jours après, se déclare une péritonite aigüe qui enlève la malade.

Autopsie. — Péritonite à caractères plus marqués du côté gauche qui, fait remarquable, est le côté opposé à la lésion. Sous le péritoine dans la fosse iliaque gauche, le tissu cellulaire est infiltré de pus.

La déchirure porte sur le segment supérieur du vagin à droite et empiète sur la partie correspondante du col et même du corps. Sa longueur totale est de 0,15.

Le péritoine n'était pas compris dans la déchirure.

Le col encore très-long, 0,05, était cependant considérablement rétracté. Ses parois mesurant 0,03 d'épaisseur paraissent constituées exclusivement par des fibres musculaires.

Réflexions. — Cette femme n'a présenté aucun accident pendant sa grossesse. Rien n'indique que pendant cette période cette femme ait eu un allongement hypertrophique du col au degré où on le constate au moment de l'accouchement ; en effet, les rapports conjugaux ont toujours été faciles. Et pourtant, au moment où se présente cette femme, il y avait un col démesurément long et volumineux. M. Vauverts admet qu'il y a eu une hypertrophie rapide datant des derniers moments de la grossesse. Les complications de l'accouchement dues à l'hypertrophie du col sont peu connues. Elles sont à peine signalées par Playfair, Nœgelé, Hubert ; Stoltz n'en dit pas grand chose non plus. En 1872, Guéniot fit paraître un travail sur l'allongement œdémateux du col, mais ici l'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait pas d'un cas de ce genre, puisqu'on a trouvé une épaisseur du col surpassant de beaucoup l'épaisseur habituelle.

On a donc eu là affaire à un cas fort rare et surtout très-dangereux pour lequel l'opération césarienne paraissait indiquée à M. Vauverts ; il ne l'a pas faite pour donner satisfaction à l'opinion publique, qui le considère comme un partisan quand même de l'opération césarienne.

M. Eustache n'accepte pas l'interprétation de M. Vauverts relativement à l'anomalie du col présentée par cette femme. Pour lui elle était tout simplement causée par un œdème venant s'ajouter à l'hypertrophie ordinaire du col. A l'appui de sa manière de voir, il invoque : 1° le fait du développement rapide de la tumeur dont la patiente ne s'était nullement aperçue pendant la grossesse ; 2° le fait de la réduction considérable et rapide du volume du col après l'accouchement.

M. Augier se rallie à cette manière de voir. Il croit qu'il faut attribuer une grande partie de l'hypertrophie du col à la production d'un œdème de cette partie dans les derniers jours de la grossesse. On ne peut guère expliquer autrement la rapide diminution de volume constatée à l'autopsie. En effet, les fibres musculaires ne peuvent être résorbées ou diminuées considérablement de volume dans un espace de temps aussi rapide que celui indiqué par l'observation. Outre l'œdème, il faut faire la part d'une hypertrophie due à la présence d'un grand nombre de fibres musculaires à ce niveau. A l'autopsie, on trouvait, en effet, une paroi très-épaisse 0,03 et le col mesurait 0,05 à 0,06 de longueur.

M. Rogie se demande si on ne pourrait expliquer les phénomènes attribués à l'œdème de la façon suivante : La contracture de l'orifice supérieur du col empêchait la circulation en retour, d'où augmentation de volume du col. Après la déchirure, la sérosité s'échappe, la circulation se rétablit, d'où réduction du volume du col.

Traitement. — M. Eustache connaît deux observations de Joulin où un allongement hypertrophique du col n'a nullement empêché l'accouchement de se faire; il pense que M. Vauverts n'a peut-être pas eu assez de patience et qu'il s'est probablement trop pressé de rompre la poche des eaux. D'ailleurs, il croit qu'il n'a pas assez insisté sur la dilatation du col par ce qu'on pourrait appeler les moyens de douceur : pessaires à eau, à air, etc...

M. Vauverts répond qu'attribuant le défaut de dilatation à une contracture de l'orifice supérieur du col, il a employé pour la combattre la plupart des moyens classiques, entre autres, la belladone, le bain prolongé. La rigidité du col était tellement grande, il en appelle à ceux qui ont pu la constater, que les ressources indiquées par M. Eustache et celles proposées par M. Guermonprez (douches utérines etc.) auraient certainement échoué. Dans la conviction de M. Vauverts, c'était là un cas à opération césarienne.

REVUE DE LA PRESSE

FRACTURE DU BASSIN PENDANT UNE APPLICATION DE FORCEPS

Par le docteur STUDLEY.

Une dame âgée de vingt et un ans, qui avait eu une coxolagie dans son enfance, et qui présentait un léger rétrécissement du bassin, était devenue enceinte pour la première fois. Sa grossesse s'était bien passée, mais au moment de l'accouchement, il fallut se décider à intervenir avec le forceps. L'opération fut des plus laborieuses et, pendant plus d'une heure, le Dr Studley et le Dr Mac-Grégor s'épuisèrent en vains efforts. A un moment, on entendit deux craquements successifs. Le toucher fit alors reconnaître l'existence d'un fragment osseux provenant évidemment du pubis et qui proéminait à droite dans le vagin. L'enfant fut alors très-facilement extrait, mais il ne vécut que quelques heures. L'examen permit de constater une fracture oblique de la branche descendante du pubis, vers son union avec la branche ascendante de l'ischion, se prolongeant en haut et en dehors jusqu'au trou obturateur. Les parties molles avaient été déchirées par les fragments. Le corps du pubis était également fracturé à environ deux pouces de la symphyse. La malade a guéri, et elle commence à pouvoir marcher en s'aidant de béquilles. (*American. Journal of obstetrics*, avril 1879.)

(*Gazette médicale de Paris.*)

HERPÈS DE LA GESTATION.

Par STANLEY GALL.

Premier cas. Ménagère de trente-neuf ans, a souffert d'herpès six fois. L'éruption arrivait généralement environ quatre jours avant l'ac-

couchement et augmentait jusqu'à trois semaines après. Les vésicules apparaissaient le lendemain de l'accouchement, précédées d'un *rasch* ressemblant à l'érythème populeux. La veille de l'accouchement, la malade était dans un tel état d'excitation qu'elle ne savait tenir une tasse en main. Toutes les applications calmantes locales ordinaires n'avaient pas d'effet : il n'y eut amélioration que lorsque les vésicules apparurent, après l'application du « *cunar caustic* ». L'irritation légère qui persistait disparut par la vaseline et une injection de morphine. Après deux ou trois applications du caustique, elle se sentait « comme en paradis ». Il faut ajouter que la morphine seule ne produisait pas d'amélioration constante. Depuis lors, cette femme a été accouchée sans le moindre symptôme de ce mal, quoiqu'elle en ait souffert à tous les accouchements antérieurs.

Le *deuxième cas* est le même que l'autre ; la guérison, qui n'avait pu être obtenue par un long usage de l'arsenic, a été rapide au moyen du *cunar caustic*.

(*The Lancet.*)

(*Journal d'accouchements de Liège, Dr Rochet et d'Anvers.*)

TROIS CAS DE RUPTURE UTÉRINE. — DÉCHIRURE DE LA MATRICE ET PASSAGE DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE D'UN FOETUS HYDROCÉPHALE MUTILÉ ET PUTRIDE. MORT DE LA FEMME.

(Observation recueillie par M. L. Mercier, interne à la Maternité.)

Le jeudi 8 avril 1880, à huit heures du matin, une charrette de paysan nous apporte d'un village distant de deux fortes lieues, une pauvre femme que les médecins de l'endroit ne sont pas parvenus à délivrer. Elle est d'une pâleur et d'une faiblesse extrêmes; son bonnet et son mouchoir de cou portent les traces de vomissements verdâtres, ses jupons sont teints de sang.

Anne Vanolasselaer est à terme d'une cinquième grossesse. Son premier accouchement a été terminé au forceps, les trois suivants ont été spontanés; tous les enfants sont morts en naissant, sauf un qui a vécu quatorze mois. Tels sont les renseignements que nous fournit le mari. Relativement à la grossesse actuelle, il nous raconte qu'elle a été régulière, que les douleurs se sont déclarées et les eaux

écoulées dans la nuit du lundi au mardi; que la sage-femme avait fait appeler le médecin, le mercredi vers midi; que celui-ci avait introduit la main, arraché un bras à l'enfant, qu'il était allé chercher les deux jambes, avait tiré dessus de toutes ses forces au moyen de lacs et finalement les avait arrachées toutes les deux; qu'après cela il avait extrait le placenta; que ces tentatives de délivrance avaient duré au moins trois heures pendant lesquelles la femme avait souffert d'une manière atroce et perdu beaucoup de sang. Il ajoute qu'à sept heures du soir, le docteur était revenu avec un confrère et qu'à deux ils avaient essayé de nouvelles manœuvres au moyen du crochet du forceps. Leurs efforts réunis n'avaient, hélas! eu d'autre résultat que celui de faire souffrir beaucoup la parturiente et recommencer l'hémorrhagie.

M. le professeur Hubert, averti de l'entrée à l'hospice de la malade, arriva aussitôt et procéda à l'examen. La parturiente a la face tirée, cireuse; les lèvres blanches, les yeux hagards et anxieux; la respiration est à 50; les extrémités sont froides; il n'y a plus de pouls radial; il n'y a aucun écoulement de sang; la femme, prostrée et inerte dans son lit, n'a cependant pas perdu courage et désire qu'on la délivre tout de suite.

Au toucher, M. le Professeur reconnaît un col long, flasque et pendant, absolument comme après l'accouchement, déchiré à gauche aussi loin que le doigt peut atteindre. Le col est brusquement fermé en haut par deux saillies ou rebords épais très-fermes et entre lesquels le doigt est fortement serré; toutes les parties de la matrice accessibles sont dures; le fœtus est inaccessible. Depuis la veille il n'y a plus eu de contractions utérines. Le ventre est très-développé, presque pas douloureux à la palpation, sonore à la percussion jusqu'auprès des pubis et donnant une crépitation gazeuse sous les doigts. Au-dessus des pubis M. Hubert reconnaît une tumeur dure, lisse, allongée, plongeant dans le bassin et s'élevant jusqu'à l'ombilic; plus haut et à gauche, des saillies anguleuses, qu'il prend pour des moignons de membres; au milieu et à droite une tumeur très-volumineuse, mais difficile à explorer.

L'état général de la femme est tel qu'on n'oserait, de peur d'une syncope mortelle, la déplacer pour la mettre dans la position obstétricale: dépend-il de la fatigue d'un long travail et d'un voyage de deux heures sur une mauvaise charrette; ou de la quantité du sang perdu? ou est-ce l'agonie qui commence? M. le Professeur ordonne

des opiacés et attend pour prendre une résolution, l'effet du repos et des médicaments. Une heure plus tard, la situation s'était encore aggravée et M. Hubert et M. Débaisieux, qui était venu pour l'assister dans le cas où une intervention serait décidée, résolurent de ne pas tourmenter les derniers instants de la femme par une opération qu'elle n'était pas en état de subir jusqu'au bout. La section césarienne eût été la seule ressource possible, car ramener l'enfant par la plaie utérine, il n'y fallait pas songer ; le resserrement de la matrice eût-il permis le passage de la main, par où aurait-elle saisi l'enfant ; par le seul bras qui lui restât ? — il n'y avait à cela aucun avantage ; — par les pieds ? — il n'y en avait plus.

Peu de temps après, vers onze heures du matin, la femme était morte. Sans perdre de temps, M. Hubert incisa la paroi abdominale sur la ligne médiane. Au moment où il ouvrit le péritoine, une bouffée de gaz infects s'en échappa bruyamment empestant toute la salle. En même temps que ces gaz fétides, le sang épanché en grande abondance dans le ventre s'échappa par la plaie. Le fœtus est couché sur la matrice, la tête logée dans le flanc droit, le dos tourné en avant et en haut, le pelvis dans le flanc gauche, il pelle à grands lambeaux et présente un aspect véritablement hideux. Un bras et les deux jambes ont été arrachés, le ventre livide est énormément distendu ; les intestins météorisés font hernie à l'extrémité pelvienne, le crâne est déformé par l'hydrocéphalie et la face par un bec de lièvre double.

L'utérus bien revenu sur lui-même est très-ferme et s'élève jusque près de l'ombilic ; il mesure 21 centimètres 1/2 de hauteur et 15 dans sa plus grande largeur. A gauche, une déchirure anfractueuse, partie de l'orifice externe du col, divise les tissus dans une étendue de 17 centimètres. Le col flasque, contus, ecchymosé contraste avec le tissu utérin blanc, serré et très-épais.

La cavité utérine ne contient ni gros caillots, ni fragments de placenta ; celui-ci avait évidemment eu son implantation sur le fond de la matrice. Le bassin est à peu près normal et il est vraisemblable que la version faite à temps et une ponction du crâne auraient suffi pour délivrer heureusement cette femme.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Comment expliquer la persistance de l'hémorrhagie chez une femme complétement délivrée et qu'on doit s'attendre, par cela même, à voir désormais à l'abri de nouveaux accidents ? Tous les auteurs d'obstétrique affirment que l'accouchement est le moyen le plus sûr d'arrêter définitivement la perte. Il en est effectivement ainsi dans la plupart des cas, mais non dans tous, parce que le segment inférieur de la matrice, sur lequel le placenta se trouvait implanté et dont la contractilité est naturellement moindre que celle du fond de l'organe, ne se rétracte pas toujours au degré voulu pour oblitérer les vaisseaux utéro-placentaires et maîtriser complétement l'hémorrhagie ; celle-ci persiste, légère en apparence, mais à la longue elle peut amener un épuisement mortel chez une femme souvent fort affaiblie déjà par les pertes répétées de la grossesse et du travail.

On le voit, on ne peut se rassurer encore quand la femme est accouchée, et pendant plusieurs heures celle-ci restera l'objet d'une surveillance assidue et de soins empressés.

L'hémorrhagie par insertion vicieuse qui se manifeste après l'accouchement n'apparaît pas, en général, avant ni pendant la délivrance. Le retrait si fort de l'utérus qui suit momentanément l'expulsion de l'enfant et peut-être aussi l'application du placenta sur les orifices vasculaires suspendent, pour quelques instants, l'écoulement sanguin.

C'est donc seulement après la sortie du délivre que la perte, quand elle doit se reproduire, apparaît de nouveau sous l'influence du relâchement de la matrice qu'on voit survenir en quelque sorte normalement une demi-heure ou une heure après l'accouchement.

La délivrance ne présente ordinairement aucune indication spéciale dans les cas d'implantation vicieuse du placenta, et l'accoucheur y procédera presque toujours à la manière ordinaire. Si, au contraire, l'hémorrhagie persistait après l'accouchement et avant la sortie du délivre, on devrait, d'après le précepte unanime des auteurs, achever de décoller le placenta et s'empresser de l'extraire. L'excitation produite par la main de l'opérateur fait contracter la matrice et détermine un retrait de ses parois auquel rien ne s'oppose

après la sortie des annexes du fœtus. Aussi voit-on le plus souvent alors la perte s'arrêter et ne plus se reproduire.

Soit que la délivrance ait été naturelle, soit qu'on l'ait opérée artificiellement, une mesure préventive fort utile qu'on doit prendre avant toute autre précaution, c'est d'administrer aussitôt après la sortie du délivre, 1 gr. d'ergot de seigle, dose qu'on répétera au bout d'une heure, dans le but de contracter fortement la matrice. Aucun cas en obstétrique ne se prête mieux que celui-là à l'usage de ce médicament, qui offre ici de grands avantages et aucun inconvénient.

Il faut également faire coucher la femme complétement à plat, placer sous elle du linge propre, puis avec la main exciter l'utérus à se contracter, en même temps qu'on surveille attentivement la vulve pour juger de la quantité de sang qui s'en échappe.

Si malgré la dureté du globe utérin, l'écoulement sanguin paraît dépasser les limites d'une perte lochiale normale, on peut essayer la compression des gros troncs circulatoires de l'abdomen, pour empêcher l'accès du sang vers la matrice. Le ventre étant extrêmement spacieux après l'accouchement et la paroi abdominale très-souple, il est facile d'atteindre, au-dessus de la matrice, l'artère aorte, qu'on distingue à ses battements, et on comprime sur le rachis avec les doigts de la main gauche qu'on place perpendiculairement à l'axe du corps et qu'on soutient avec la main droite. On interrompt ainsi la circulation dans ce vaisseau tout le temps nécessaire à l'arrêt de la perte, et comme ce résultat peut se faire attendre, on se fait remplacer par un aide quand on est fatigué.

La compression de l'aorte, dont l'utilité est admise en thèse générale, ne réussit pourtant pas toujours à suspendre les pertes qui dépendent d'une insertion vicieuse du placenta. Soit que cette compression soit imparfaite et qu'une certaine quantité de sang circule encore dans ce vaisseau, soit que les artères ovariques échappent à l'action de la main, la suspension de l'hémorrhagie peut rester incomplète et la malade continue à perdre malgré les efforts de l'accoucheur. En outre, cette manœuvre est fort pénible pour la femme, et produit un froissement du péritoine qui peut, suivant Jacquemier, en provoquer l'inflammation. Il est donc prudent de ne pas la prolonger au delà d'une demi-heure, et on peut être conduit à la cesser beaucoup plus tôt dans quelques cas pour recourir à une méthode moins douloureuse et plus efficace.

En effet, si la faiblesse et la fréquence du pouls dénotent une

déplétion considérable du système circulatoire, à plus forte raison si l'accouchée éprouve de l'abattement et des défaillances, il importe de fermer, sans retard, les voies génitales et de faire cesser une soustraction sanguine qui ne pourrait se prolonger sans amener la mort.

Le tampon se présente donc ici comme une planche de salut. Le tampon de charpie convient encore chez une accouchée, mais un solide ballon de caoutchouc réussit tout aussi bien, et est d'une application beaucoup plus prompte. Cet appareil contribue par une double action à arrêter la perte : d'une part, en remplissant le vagin, il s'oppose à l'écoulement du sang et le retient dans les vaisseaux de la matrice ; d'autre part, il irrite l'utérus et y fait naître des contractractions très-fortes qui ferment les orifices vasculaires. Aussi, après qu'on l'a appliqué, les femmes se plaignent-elles d'éprouver des coliques plus vives, et la perte ne tarde-t-elle pas à s'arrêter.

Ce précepte de tamponner une accouchée est contesté par quelques médecins qui le considèrent même comme dangereux dans ces conditions. « L'obturation du vagin, dit-on, est rationnelle ; elle est utile pendant la grossesse et le travail lorsque l'utérus, rempli par l'œuf, ne peut recevoir une quantité un peu forte de sang dans sa cavité ; mais après la délivrance, la matrice étant vide, le tampon ne va-t-il pas favoriser la production d'une perte interne, plus dangereuse que la perte externe ? »

Qu'on se rassure, en effet, la perte inerte chez une accouchée est beaucoup moins à redouter qu'on se l'imagine. Si, en effet, par des excitations manuelles et par l'usage de l'ergot de seigle, on maintient l'utérus contracté, la tension sanguine ne pourra pas vaincre la tonicité de ce viscère, le distendre et donner lieu à une accumulation de sang de quelque importance. Il est du reste facile d'empêcher cette distension de la matrice et la formation d'une perte interne en exerçant sur le ventre une compression méthodique au moyen de serviettes superposées et maintenues par un bandage de corps.

Les dangers supposés du tampon ne sont plus dès lors à redouter. Qu'on y prenne garde d'ailleurs ! Rejeter le tampon du traitement des hémorrhagies qui suivent l'accouchement, n'est-ce pas laisser celles-ci sans traitement sérieux, et exposer l'accouchée aux plus graves dangers ?

En effet, les autres moyens de traitement de ces pertes sont si peu sûrs, leur action est si lente, si douteuse, qu'il n'y a pas grand fond à faire sur eux. L'élévation du siège, l'application de sinapismes sur

les seins, la ligature des membres supérieurs, les réfrigérants, la compression de l'aorte, n'empêchent pas, dans beaucoup de cas, la persistance de l'écoulement sanguin et l'affaiblissement progressif des malades.

Les injections intra-utérines sont d'une efficacité douteuse et ne sont pas inoffensives si l'on emploie les solutions acides ou astringentes un peu fortes. Un seul agent, vraiment sûr, le tampon, s'offre donc à ce moment aux praticiens et on l'emploiera sans crainte conformément au précepte qu'en donnent Leroux, Chevreul, Baudelocque, etc.

On aura soin de maintenir en place la double application hémostatique (compression du ventre et tampon), pendant huit ou dix heures au moins, c'est-à-dire pendant le laps de temps nécessaire à l'organisation solide d'un caillot oblitérateur, à l'intérieur des vaisseaux divisés et à l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

Les applications froides sur l'hypogastre et les cuisses deviennent inutiles après l'usage du tampon; elles sont souvent dangereuses en déprimant encore les forces chez une femme qui a beaucoup perdu.

Même observation relativement aux médicaments hémostatiques qui s'administrent par la bouche (astringents, balsamiques, etc.). Leur utilité, toujours fort problématique à ce point de vue, serait, d'ailleurs, plus que compensée ici par l'inconvénient de nuire à l'administration des spiritueux et des boissons alimentaires qui peuvent devenir nécessaires à un moment donné. (*D'après une leçon clinique de M. le Dr Bailly. Le Concours médical.*)

MENSTRUATION PRÉCOCE CHEZ UNE PETITE FILLE DE SEPT MOIS.

Par le docteur FRANCISCO CORTÉJANERA. (Dans *El Siglo medico*. Madrid, 2 de majo 1880. Ano XXVII, n° 1375, p. 278.)

Sous le nom de menstruation précoce, on désigne certaines anomalies de cette fonction constituant de véritables monstruosités. Elle consiste en un flux périodique précédé et accompagné des mêmes phénomènes de la menstruation que chez les jeunes filles pubères avec cette différence qu'on l'observe chez les enfants de trois, quatre ans, et même de quelques mois; le fait relaté par le docteur

Francisco Cortéjanera est relatif à une jeune fille née dans la province de Valence, dans les premiers jours de septembre 1877.

Le 4 avril 1878, c'est-à-dire à l'âge de sept mois, on vit pendant trois jours sortir du sang par la vulve; le mois suivant, le flux sanguin reparut et dura le même nombre de jours; il se reproduisit ainsi tous les mois jusqu'en mars 1879; à cette époque alors que l'enfant avait dix-huit mois accomplis, il cessa de paraître et fut remplacé par un flux leucorrhéique abondant jusqu'au 12 janvier 1880, époque où, à la suite de coliques, l'hémorrhagie se présenta de nouveau. La quantité de sang rendue chaque fois peut être évaluée à 45 grammes. Cette enfant est si développée qu'à vingt-huit mois, elle semble une petite femme par la rondeur de ses contours et sa taille de 95 centimètres. Les mamelles sont volumineuses, comme de petits citrons, flexibles et turgescentes comme chez une jeune fille de seize ans, avec une aréole très-large et un mamelon proéminent.

Les parties génitales externes sont bien développées, l'ouverture vulvaire est grande, les grandes lèvres sont grosses et le mont de Vénus est recouvert d'un duvet rouge foncé formé de poils assez longs.

Le développement physique de cette jeune fille est donc en relation avec la précocité de sa fonction menstruelle, et le tout est représenté par des organes génitaux externes présentant les apparences de la puberté complète.

Il n'y a dans le moral rien qui soit en relation avec le développement physique. Ses impressions et ses affections sont celles de la première enfance. L'auteur compare son observation à celle de Luservind relative à une enfant de vingt-sept mois, réglée depuis un an, à celle de Leubosseck, où la menstruation survint au neuvième mois, enfin, aux faits mentionnés par Dieffenbach, Outrepont, Carus, Robert, Beau, etc. — Dans tous les cas, le développement des mamelles et des organes génitaux externes était très-grand, et il est permis de croire que les organes génitaux internes participaient à cette précocité. — Il rapproche ce cas de puberté hâtive chez la femme des faits analogues observés chez l'homme. Il se rappelle avoir vu, il y a peu de temps, à la Faculté de médecine, un enfants de moins de quatre ans dont les organes de la génération, pourvu de duvet, offraient le même développement que chez un homme adulte, et, d'après les parents, ce développement était en relation avec les inclinations et les désirs érotiques de ce gamin précoce.

Dans de pareilles circonstances, la fonction de la génération pourrait-elle s'accomplir jusqu'au bout ? L'auteur ne pense pas que cela soit possible, d'autant que, même après la fécondation, il n'y aurait ni place pour le développement, ni voie pour la sortie d'un fœtus à terme.

(*Gazette hebd. de Montpellier* et *Paris Médical.*)

NOTE SUR UN CAS D'ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES OBSERVÉ A LA MATERNITÉ DE NANCY.

Par le Dr Alphonse HERRGOTT, agrégé à la Faculté de médecine.

Les exemples d'accidents gravido-cardiaques ne sont bien connus que depuis quelques années, aussi croyons-nous qu'un fait de ce genre, que nous avons eu occasion d'observer alors que nous étions chargédu service de la Maternité, est de nature à présenter quelque intérêt.

Mais, pour bien comprendre l'action de la grossesse, comme cause déterminante des accidents que nous allons signaler, il est indispensable de rappeler en quelques mots les changements que l'on observe dans l'appareil circulatoire de la femme en gestation.

L'imprégnation de l'ovule amène, en effet, dans l'organisme maternel des modifications extrêmement importantes, mais c'est surtout dans l'appareil circulatoire que ces changements sont remarquables. Le liquide sanguin est modifié et dans sa quantité et dans sa qualité.

Grâce aux travaux d'Andral et Gavarret (1842), de Becquerel et Rodier (1844), de Regnault, de Nasse (1876), nous savons que, par le fait de la gravidité, il se produit une augmentation d'eau et de fibrine et une diminution de globules, que la densité du sang diminue. La femme enceinte n'est donc plus, comme on le croyait autrefois, une femme pléthorique, mais bien une femme anémique et chlorotique. Absolument parlant les globules qui constituent la partie essentielle du sang sont un peu augmentés, il est vrai, mais comme la masse totale est de beaucoup plus considérable, nous pouvons dire

qu'il y a une diminution relative des globules : d'où fausse pléthore et hypoglobulie. D'autre part, on sait que les phosphates sont en plus grande quantité dans le sérum de la femme enceinte; or, l'acide carbonique, grâce à la présence de ces phosphates, se dissoudra en plus grande quantité dans le sérum, et un même volume de sang contiendra une plus grande quantité d'acide carbonique que le même volume pris dans l'état normal.

Une autre cause d'augmentation dans la production de l'acide carbonique existe dans le surcroît des combustions ; de plus, l'utérus en se développant dans la cavité abdominale, refoulant les viscères contre le diaphragme et gênant ainsi le jeu de la respiration, l'oxygénation se fera mal; enfin, le globe utérin, par son poids, entravera la circulation des organes environnants et produira une stase veineuse qui se traduit par la formation de varices que l'on observe si souvent aux membres inférieurs de la femme enceinte.

Nous pouvons donc nous résumer en disant que chez la femme enceinte on constate une augmentation de la masse totale du sang, une diminution de globules, par conséquent de l'oxygène et une augmentation d'acide carbonique.

Ces changements survenus dans la qualité et dans la quantité du liquide sanguin ont pour résultat des modifications dans l'organe destiné à mettre ce liquide en mouvement et dans l'appareil destiné à le contenir. Le cœur, ayant une masse de sang plus considérable à mettre en mouvement, devra *s'hypertrophier* afin de pouvoir triompher du surcroît de travail qui lui est imposé.

Cette hypertrophie a été signalée par Larcher (1), et Ducrest (2), qui ont constaté l'augmentation de l'épaisseur de la paroi des ventricules chez la femme enceinte; par Blot, qui par la balance a constaté une augmentation moyenne de plus de 50 grammes dans le poids de cet organe; par Durozier, qui par la percussion en a démontré l'hypertrophie.

Quant à l'augmentation des vaisseaux, du contenant, c'est surtout dans les vaisseaux utérins considérablement dilatés et dans le développement exagéré des veines des membres inférieurs que cette augmentation existe.

Le plus souvent, les modifications que nous venons de rappeler

1. *Recherches cliniques faites en* 1826 *et en* 1827 et Mémoire adressé à l'Académie des sciences le 6 août 1857.
2. Ducrest cité par Beau. Thèse de Doctorat. Paris, 1846.

restent physiologiques ; la santé de la femme n'est pas altérée. La grossesse de la femme disparaissant, le cœur et les vaisseaux reprendront leur volume normal, la composition du liquide sanguin redeviendra ce qu'elle était avant le début de la gestation, *mais il n'en sera plus de même si le cœur est altéré.*

Or, on sait combien les endocardites sont fréquentes chez les personnes qui ont été atteintes de rhumatismes articulaires.

Si le plus souvent on ne constate pas de troubles notables dans la circulation, c'est qu'il se fait, ainsi que l'indique Trousseau (1), une véritable *hypertrophie physiologique du cœur*, le muscle cardiaque redoublant d'efforts pour vaincre les rétrécissements des orifices et pour lutter contre les insuffisances valvulaires. Mais, si les troubles que nous venons de mentionner chez la femme enceinte viennent s'ajouter à ceux que l'on observe dans l'endocardite, l'on comprendra la gravité des accidents qui pourront en résulter. La grossesse fera disparaître cet équilibre dans la circulation, et la femme cardiaque sera, par le fait de sa gravidité, exposée à des troubles qui pourront menacer le cours de la gestation et même mettre ses jours en danger.

L'étude de l'influence de la gestation dans les maladies du cœur est de date récente. Simpson en 1854 (2), Virchow en 1858 (3), Ollivier en 1868 (4), etc., avaient bien, il est vrai, étudié les altérations de l'endocarde pendant la puerpéralité, mais c'est surtout Peter, 1873 (5), Budin, 1873 (6), Fritsch, 1875 (7), Berthiot, 1876 (8), Marty, 1876 (9) et Angus Macdonald (10), qui, par leurs travaux et leurs observations, ont démontré l'influence de la grossesse sur la circulation et en particulier chez les femmes atteintes d'affections antérieures. Peter a donné à ces troubles le nom d'affections gravido-cardiaques. C'est un cas de ce genre que nous venons rapporter ici.

Observation. — La nommée Marie C..., née à Bremenils, âgée de

---

1 *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 391, 1868.
2. *Edinburg Monthly Journal*, 1854.
3. Monatschrist für Geburtskunde, 1858.
4. *Compres-rendus de la Société de biologie*, 1868-1869, et *Archives de médecine*, 1873.
5. *Leçons de Clinique médicale*, p. 187, 1873.
6. *Progrès medical*, 1873.
7. Benerkungen zur pathologie und physiologie des circulations apparates bei Schwangeren und Wöchnerinnen, 1875.
8. *Grossesse et maladies du cœur*, Thèse de Paris, 1876.
9. *Des accidents gravides cardiaques*, Thèse de Paris, 1876.
10. Thè Bearings of chronic disease of the heart upon pregnancy, Parturitions and Child bad. Londres, 1878.

vingt ans, domestique, entre à la Maternité le 14 août 1879. D'une taille moyenne, d'une bonne constitution habituelle, elle dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde il y a dix ans.

Menstruée pour la première fois à l'âge de seize ans, elle l'a été toujours abondamment et régulièrement pendant huit jours tous les mois.

Primipare, elle a vu ses règles pour la dernière fois le 20 janvier et a senti les premiers mouvements de l'enfant au mois de mai. Elle a eu des envies de vomir à partir du mois de février. Depuis trois mois, elle a des varices aux membres inférieurs ; ceux-ci, dès que la femme marche, ne tardent pas à devenir œdémateux ; le gonflement disparaît par le repos au lit.

Le 3 août le corps s'est couvert de petites vésicules qui se sont desséchées au bout d'une quinzaine de jours ; c'est cette éruption qui a engagé la femme à entrer à la Maternité. Quelques jours après, elle fut prise d'un violent point de côté à gauche suivi de toux sans expectoration. La respiration est difficile : la malade est assise sur son lit ou couchée sur le côté droit ; elle ne peut rester sur le côté gauche. A la percussion, on constate en arrière et à gauche un peu moins de sonorité qu'à droite. A l'auscultation, on trouve l'inspiration rude et l'expiration prolongée en arrière et à gauche. Il existe aussi quelques râles disséminés dans la poitrine, mais surtout de ce côté. La respiration est très-courte, fréquente, 40 par minute ; la température de 37° 5 ; le pouls 100.

Le soir la malade expectore un liquide brunâtre légèrement strié de sang.

Le 24, la température est assez basse, 36° 8. Pouls, 96. Respiration, 32. La malade a eu une selle diarrhéique peu abondante, pendant la nuit ; les urines sont d'un rouge foncé. Mais elle se trouve mieux ; l'appétit est revenu, la toux a diminué, quoique les signes fournis par l'auscultation soient toujours les mêmes. On continue néanmoins la diète lactée prescrite auparavant. Deux jours après, le 26 août, les mêmes phénomènes de dyspnée se reproduisent; les lèvres sont cyanosées ; l'expectoration peu abondante est légèrement striée de sang. Mêmes phénomènes stéthoscopiques à gauche et en arrière. A droite l'inspiration est rude, l'expiration prolongée. La température est toujours à peu près normale, 37, 2. Pouls, 80. Respiration, 32.

Il se produit plusieurs selles diarrhéiques abondantes ; la toux diminue, mais la gêne respiratoire ne disparaît pas.

Le 28, toux fréquente et sèche ; la malade n'expectore qu'avec peine quelques crachats spumeux et striés de sang. On applique des ventouses scarifiées qui amènent une sédation notable. La gêne respiratoire a diminué ; la malade se trouve plus à l'aise.

Le soir, la température est de 37, 8. Pouls, 96.

En *auscultant le cœur*, on perçoit un bruit de souffle présystolique et systolique assez léger que nous n'avions pas encore constaté. C'est alors que la malade nous avoue avoir eu, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aux deux pieds.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, il existait une rougeur vive et un gonflement douloureux ; la marche, quoique difficile n'était cependant pas impossible. Pendant deux jours notre malade fut assez calme ; mais pendant la nuit du 31 août elle fut atteinte d'un violent accès de dyspnée avec céphalalgie sus-orbitaire très-intense.

Le matin nous la trouvions en proie à une angoisse extrême, assise sur son lit, les lèvres cyanosées, dans l'immobilité absolue et demandant à être transportée près de la fenêtre afin de pouvoir respirer plus librement, autrement, disait-elle, la respiration allait lui manquer et elle allait succomber.

La température est de 36, 4. Pouls, 76.

A l'auscultation, on entend toujours des râles sous-crépitants, surtout à gauche et en arrière.

On applique des ventouses qui ne produisent plus aucun soulagement.

En présence de ces accidents qui commençaient à devenir inquiétants, j'ai cru devoir prescrire une infusion de 0 gr. 50 de digitale. Ce médicament devant agir comme un véritable cheval de renfort afin de permettre au muscle cardiaque de vaincre l'obstacle qui lui était créé par la gêne de la circulation.

Le soir la malade a été un peu plus calme, mais la respiration est toujours très-fréquente, 40. Température, 36, 8. Pouls, 108.

Nous fûmes très-agréablement surpris, le lendemain 2 septembre, en apprenant que la malade avait été plus tranquille pendant la nuit.

La respiration est plus facile et plus régulière. La céphalalgie frontale a disparu. Il y a eu dans le courant de la journée de nombreuses selles diarrhéiques.

On administre la potion de digitale pendant deux jours.

Le 3, la respiration continue à être satisfaisante. On perçoit

toujours de nombreux râles sous-crépitants, surtout à gauche. On entend toujours aussi un bruit de souffle un peu rude à la pointe du cœur et au premier temps. Léger œdème des extrémités. Les urines sont foncées, d'un rouge brique : 1200 grammes dans les vingt-quatre heures. Il existe un fort dépôt de mucus au fond du vase. L'analyse chimique révèle l'existence d'un peu d'albumine. Le 4, la nuit a été bonne, l'état général est satisfaisant, la température reste toujours basse, 36, 8. Pouls, 96. La respiration moins fréquente 28, est meilleure ; l'appétit revient. Il n'y a plus de selles diarrhéiques. L'urine toujours foncée est peu abondante.

Le 8 septembre, la malade a passé une bonne nuit ; les phénomènes de dyspnée ont complétement disparu. La sécrétion urinaire est beaucoup plus abondante ; l'urine est bien toujours un peu foncée, mais le dépôt n'est plus aussi considérable et la coloration rouge brique est moins intense ; il n'y a plus d'albumine. Température, 37. Pouls, 76. Respiration, 24.

Le 18, le souffle au premier temps s'est plutôt accentué, mais l'état général est satisfaisant, la respiration générale est bonne. *L'accouchement* a lieu normalement le 28 octobre, à 9 heures du soir ; il se termine par l'expulsion d'un enfant du sexe féminin en O,I,G,A, du poids de 2760 grammes.

A part un peu d'oppression et de cyanose de la face observée pendant l'accouchement, les suites de couches furent normales.

Le 3 novembre, on entend toujours le souffle au premier temps et à la base.

La malade se plaint encore parfois de légers vertiges. Elle quitte la Maternité le 29 novembre 1879.

Cette observation nous a paru intéressante par l'orage qui est venu troubler la fin de la grossesse, et qui, à un moment donné, a été de nature à nous inspirer de sérieuses inquiétudees sur les conséquences qui pouvaient en résulter.

Les modifications produites par la gravidité dans l'appareil circulatoire avaient troublé cet équilibre instable ; le cœur, altéré par une maladie antérieure, ne pouvait plus lutter avec avantage contre les obstacles nouveaux qui venaient de se produire ; heureusement que la médication a pu rendre à ce muscle la tonicité qui lui faisait défaut, l'application de ventouses scarifiées et surtout les selles diarrhéiques nombreuses qui se sont produites ont été également d'un effet salutaire; aussi l'exemple que nous venons de rapporter peut-il

être considéré comme heureux, car le traitement *médical seul* a suffi.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et parfois l'accoucheur est obligé d'intervenir d'une manière plus énergique en mettant un terme à la grossesse, cause indirecte des troubles cardiaques.

Mais, dans cette *intervention obstétricale*, il est important d'établir une distinction capitale suivant l'époque à laquelle on agit. Ces accidents gravido-cardiaques se produisent-ils alors que le fœtus n'est pas viable, c'est un avortement que l'on est obligé de pratiquer ; c'est le sacrifice d'un être pour en sauver un autre. On comprend combien est grande la responsabilité de l'accoucheur dans ces graves déterminations, aussi ne devrait-il avoir recours à cette thérapeutique de désespoir qu'après avoir employé sans succès toutes les ressources dont il dispose. Heureusement que ces accidents ne s'observent le plus souvent qu'à la fin de la gestation, alors que le produit de la conception est viable. Le pronostic devient tout différent quand on a la certitude qu'en interrompant la grossesse on ne provoque pas l'expulsion d'un enfant qui ne pourrait pas vivre. Toutefois, ici encore, il ne faudra intervenir qu'avec une grande prudence, surtout en songeant aux difficultés qui existent pour connaître le terme précis de la gestation : une pareille erreur pourrait porter une atteinte mortelle au fœtus.

Enfin, par suite des *efforts* que fait la femme *pendant l'accouchement*, des troubles cardiaques graves peuvent encore se produire et forcer le médecin à abréger la durée de la parturition, sous peine de voir la femme en proie à de redoutables accidents. Mais, en général, le traitement médical seul suffira, et les exemples d'accidents gravido-cardiaques que l'on observe ressemblent plus souvent à celui que nous venons de rapporter.

(*Revue médicale de l'Est.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE PAR RÉTENTION DU PLACENTA (*Courty.*)

Lorsque l'hémorrhagie résulte de ce que le placenta ne se détache pas, on coupe le cordon, on en exprime le sang, on introduit la canule d'une grosse seringue dans la veine ombilicale, on lie la veine sur la canule et on injecte lentement de l'eau froide, qui, arrivant sur le siège d'insertion du placenta, provoque les contractions de la matrice. Mais le moyen le plus efficace est le seigle ergoté, récemment pulvérisé qu'on administre à la dose de 1 à 2 et même 3 et 4 grammes sous forme de prises de 50 centigrammes. On les prescrit de dix en dix minutes dans un peu de café noir, d'eau sucrée aromatisée avec du sirop d'éther, ou dans l'eau de Seltz glacée, afin de prévenir les vomissements. On peut aussi pratiquer une injection sous-cutanée d'ergotine. Si on ne réussit pas à l'aide de ces moyens à provoquer l'expulsion spontanée du placenta, on introduit la main dans l'utérus pour l'en extraire. Dans le cas où quelques portions de placenta séjourneraient dans la matrice et détermineraient une hémorrhagie on la combattrait immédiatement par une injection à base de perchlorure de fer ou de teinture d'iode. S'ils entraient en putréfaction, on pratiquerait des injections détersives avec le coaltar saponiné, le phénol ou le permanganate de potasse étendus d'eau. (*Paris méd.*)

TYMPANITE DE LA MÉNOPAUSE. — SON TRAITEMENT.

Le professeur Gaillard Thomas fait remarquer dans une de ses cliniques, qu'un des caractères de l'âge critique, surtout quand il

arrive plus tard que d'habitude, est l'hystérie sénile et en même temps une remarquable tendance à la tympanite, même quand il n'y a pas d'état hystérique. Il n'y a dans le domaine de la science, aucun remède qui puisse guérir cette tympanite. Un langage franc et persuasif aura plus d'effet sur la malade que tous les médicaments du monde. Les femmes s'imaginent être atteintes d'accidents terribles, de tumeurs et on leur rendra le plus grand service si l'on parvient à leur faire comprendre que toute leur maladie consiste simplement dans une accumulation de gaz dans l'intestin, et que le plus grand dommage qui puisse en résulter ne sera jamais qu'un léger dérangement. Ce tympanisme est dû à un état nerveux particulier à cet âge, et il ne faut rien tenter contre lui, si ce n'est de régulariser les garde-robes. Quelquefois le massage systématique de l'abdomen rendra des services, et la position sur les genoux et les coudes permettra au malade de laisser sortir une quantité considérable de gaz. J'ai pris l'habitude dans certains cas d'employer cette méthode pendant les 15 ou 20 dernières années et puis donc vous la recommander.

(*The méd. Times and gazette.*)
(*Journal d'accouchement de Liège.*)

L'ACÉTATE DE PLOMB DANS L'HÉMORRHAGIE POST PARTUM.

Un médecin canadien, le Dr Workman de Toronto, se loue beaucoup de l'acétate de plomb dans les hémorrhagies de toute espèce, et particulièrement dans celles qui suivent l'accouchement.

Mais on ne réussit, dit-il, qu'avec des *doses élevées*. Il n'en donne pas moins d'une drachme (1 gramme 77), après l'accouchement, dissous dans de l'eau, quand la métrorrhagie est abondante, en deux fois. Si la première moitié suffit pour provoquer des contractions utérines, il ne va pas au delà ; il donne la seconde si ces contractions ne sont pas suffisantes pour arrêter la perte.

L'acétate de plomb doit être récemment préparé, et il est inutile de l'additionner d'acide acétique ou d'ajouter de l'opium à sa solution.

D'après le médecin américain, l'acétate de plomb pur *à haute dose*, est le plus certain et le plus inoffensif de tous nos stimulants utérins.

Également ce même sel donne de bons résultats dans l'hémoptysie abondante. L'auteur n'a pas hésité à prescrire en pareil cas, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, jusqu'à 4, 6, et même 8 drachmes d'acétate (7 gr. 08 — 10 gr. 62 — 14 gr. 16), sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient pour le malade, et il a toujours vu alors l'hémorrhagie céder sous son influence.

Dans un cas seulement, il est à noter, chez un sujet, de mauvais effets ; mais alors le médecin ordinaire n'avait pu se *décider* à prescrire plus de 30 centigrammes du médicament combinés à l'opium. Le patient en fut quitte, toutefois, pour quelques coliques, et il eut le liseré bleu gingival. Avec les doses fortes jamais on n'observe de pareils accidents, nous voulons bien croire l'auteur sur parole et sous toutes réserves. (*Saint-Louis Medical and Surg J.*, avril 1879.)

(*Journal de Thérapeutique.*)

LA PILOCARPINE COMME OXYTOCIQUE.

La pilocarpine, rapporte le Dr *Macan*, a été employée depuis quelque temps très-souvent en obstétrique. Quelques accoucheurs l'ont administrée avec succès pour déterminer l'accouchement prématuré artificiel ; d'autres l'ont prescrite contre l'atonie de l'utérus pendant l'état puerpéral. Dans neuf cas de ce genre on pratiqua des injections hypodermiques à la dose de 18 milligrammes. Six fois les résultats furent défavorables, trois fois on nota quelque effet ; donc un pareil traitement est sans valeur quand il s'agit de lochies trop profuses, et, d'autre part, il faut craindre l'action assez violente du médicament sur le cœur.

En revanche, voici des faits en faveur de la pilocarpine.

Le Dr Prochownick, de Hambourg, l'a donnée avec succès dans deux cas d'éclampsie puerpérale. L'une des malades fut prise d'attaques convulsives huit jours avant l'époque présumée du terme. C'est après la deuxième attaque qu'on put lui injecter 18 milligrammes du médicament sous la peau. Au bout d'une demi-heure, sueurs profuses, le travail commence et se poursuit régulièrement; les convulsions cessent. Neuf heures après, une crise semble menaçante ; on fait une seconde injection, mais pas assez tôt pour l'enrayer.

La sueur apparaît au bout d'une demi-heure et la crise se termine après une heure et demie. Pendant ce temps le travail avait marché rapidement et l'on n'eut pas besoin de forceps, la délivrance avait été naturelle.

Dans le second cas d'éclampsie, l'accouchement se fit après diverses attaques, alors que la malade était sans connaissance. Mais le placenta fut retenu dans l'utérus par la contraction tétanique de cet organe, et, bien que la femme eût été narcotisée, l'extraction fut impossible.

C'est alors qu'on injecta 18 milligrammes de pilocarpine. L'effet fut le même que dans le cas précédent; dès que la sueur apparut, l'utérus se relâcha et le placenta put être reçu sans difficulté ; les convulsions ne reparurent plus. Le Dr Prochownick est d'avis que la pilocarpine agit à la fois contre les convulsions et sur la matrice, sans cependant se rendre compte si l'effet est direct ou indirect. On pourrait, selon lui, élever la dose à 25 milligrammes. Ce médecin préfère la pilocarpine au chloroforme dans le traitement de l'éclampsie, précisément parce que la première facilite l'action régulière de l'utérus, et par suite la rapide délivrance sans faire courir au fœtus grand danger. (*The Dublin Med. Sc.*, octobre 1878 et *Journal de thérapeutique.*)

EMPLOI DE LA PILOCARPINE DANS L'ÉCLAMPSIE.

Il paraît établi de nos jours que la cause qui engendre les convulsions de l'éclampsie ou de l'épilepsie tient à un arrêt brusque de la circulation cérébrale. La crampe vaso-motrice qui se produit alors, détermine une ischémie en quelque sorte instantanée. Cette théorie trouve sa confirmation dans le succès des moyens thérapeutiques qui ont pour but de faire cesser le spasme vasculaire, tels que les saignées, les narcotiques, les drastiques, l'accouchement rapide en amenant la vacuité de l'utérus.

Le Dr Bidder fait remarquer que la pilocarpine abaissant la tension artérielle, doit servir aux mêmes usages que les agents précédents.

A l'appui de cette assertion, il apporte deux faits dans lesquels des attaques d'éclampsie ayant précédé ou suivi l'accouchement, ont cédé à une ou deux injections contenant chacune 2 centigrammes de

pilocarpine. Cet exemple semble donc avoir été suivi. Cependant, nous devons à la vérité de dire que ce résultat n'est peut-être pas aussi démonstratif qu'il le paraît au premier abord. Dans les deux cas, en effet, le Dr Bidder avait employé en même temps que la pilocarpine des lavements de chloral hydraté, à la dose de 2 ou 4 grammes chacun. Il faut donc de nouveaux faits pour pouvoir prononcer ; toutefois les résultats du Dr Bidder doivent engager les praticiens à se mettre à l'œuvre. (*Revue médico-chirur. de Vienne.*)

(*Paris médical.*)

L'OBSTÉTRIQUE ANTISEPTIQUE.

En résumé, la méthode de Lister consiste dans l'emploi de deux solutions phéniquées ; la forte au 20e et la faible au 40e. Les mains et les instruments sont lavés dans la solution forte ; pendant toute la durée de l'opération, on produit une atmosphère antiseptique en pulvérisant de l'eau phéniquée au 40e ; les sutures profondes faites au catgut sont perdues ; les sutures superficielles sont pratiquées avec le fil d'argent ; pour permettre l'issue des liquides on place des tubes à drainage debout aux angles de la plaie, on applique enfin sur celle-ci la protective, la gaze phéniquée et le mackintosh. De cette façon, les germes atmosphériques sont tués avant d'atteindre les surfaces d'absorption.

Il serait bien désirable de pouvoir aussi tuer ces mêmes germes qui s'introduisent après l'accouchement dans l'organisme, par toutes les voies qui leur sont alors ouvertes.

On ne peut agir d'une façon aussi certaine, aussi minutieuse que dans les opérations chirurgicales ; mais on s'en rapproche autant que possible.

Il est certain d'abord que l'utérus doit être parfaitement contracté, afin que l'air ne puisse s'y introduire, et afin qu'aucun débris sanguin n'y séjourne et ne s'y putréfie. Si un morceau de placenta ou de membrane a dû être abandonné dans la cavité utérine, les lavages de cette cavité sont indispensables, au moyen d'eau phéniquée à 2 p. %, tiède, abondante, avec la sonde à double courant.

Dans les circonstances habituelles, les injections vaginales, renouvelées deux ou trois fois par jour suffisent. Elles sont faites avec de

l'eau tiède, phéniquée à 1 ou 2 p. % au moyen d'un injecteur en caoutchouc (clissoir) ou d'un siphon.

On peut appliquer de plus à l'entrée de la vulve une compresse ou une éponge phéniquée de façon que l'air entrant se purifie au contact du désinfectant.

Ces précautions, peu importantes en ville et surtout dans les campagnes, sont au contraire extrêmement utiles et indispensables dans les maternités, parce que l'air est constamment vicié par les sécrétions lochiales et autres des accouchées.

Nous pensons même que dans ces établissements, on pourrait, dans certains moments, faire les accouchements au milieu du brouillard phéniqué, la dernière période du travail au moins, et de même que pour chaque pansement en chirurgie, ne nettoyer la femme, matin et soir, que dans le nuage antiseptique.

Nous n'avons pas encore employé ce moyen, mais nous nous proposons de ne pas l'oublier à l'occasion.

Il paraît qu'à la Maternité de Milan, les accouchements les plus simples se passent sous le nuage d'acide phénique, selon la méthode de Lister. « Dès que la femme arrive, au moment où la vulve va se dilater, un appareil à vapeur est placé au pied du lit, et le nuage est dirigé sur le périnée jusqu'après la délivrance. C'est la seule maternité où l'on ait si complètement adopté la méthode antiseptique.

(*Journal d'accouchement de Liège.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT LOCAL DE L'ENGORGEMENT UTÉRIN (J. CHÉRON).

Consécutivement à la congestion chronique ancienne de forme passive, apparaît l'engorgement de l'utérus.

Sous l'influence d'une pression exagérée, les vaisseaux étant distendus en permanence par le fait de la paralysie des centres d'inner-

vation vaso-motrice, leurs parois laissent transsuder, entre les éléments anatomiques de l'organe une substance demi-liquide contenant de nombreuses granulations.

Si le sujet est indemne de maladie constitutionnelle ou de diathèse, l'altération de texture ne va pas plus loin. Mais s'il en est autrement, si la malade est une diathésique, la période d'engorgement représente le passage de l'état congestif à l'état inflammatoire spécial d'où naîtra la métrite chronique.

Dans l'un et l'autre cas, il importe de remédier à cet état.

En dehors des moyens généraux révulsifs sur le tégument externe ou la région lombaire de la moelle, le moyen suivant diminue la consistance du col utérin et diminue aussi son volume, modifications qui agissent favorablement sur l'organisme en atténuant les réactions qui résultent du frottement d'un col dur et volumineux sur le plancher vaginal.

Glycérine neutre	150 grammes.
Acide tannique	40 —
Teinture d'iode	40 —

Laissez dissoudre et filtrez.

Un tampon d'ouate imbibé de glycéré est appliqué sur les lèvres du col et laissé en place pendant six à huit heures. On répète le pansement tous les deux ou trois jours.

Ce moyen donne d'excellents résultats, non-seulement quand il y a un état bien net d'engorgement, mais encore lorsqu'une endométrite cervicale venant à se développer concurremment, une ulcération vient s'étaler sur les lèvres du col.

Le moyen agit par action osmotique, d'une part et comme modificateur direct de la surface ulcérée d'autre part, grâce à l'action astringente et légèrement cathérétique du glyécré tannique iodé.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1617. — Abbeville. — Typ. et stér. Gustave Retaux.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE CLINIQUE

DÉSORDRES GRAVES DES FONCTIONS BILIAIRES CAUSÉS PAR LA SUPPRESSION BRUSQUE ET LA RÉTENTION DES RÈGLES.

Par le docteur JULES CHÉRON.

Tous les gynécologues s'accordent aujourd'hui, plus ou moins, à reconnaître le rôle considérable que jouent les affections utérines dans la santé de la femme. Souvent bien difficiles à reconnaître, il arrive qu'elles ne manifestent leur existence que par le retentissement qu'elles exercent sur les autres organes. Aussi, voyons-nous les malades souvent se refuser à comprendre qu'avec un utérus indolore, l'absence de pertes blanches et de toute espèce de gêne du côté du petit bassin, il soit possible de rapporter tous leurs maux à cet organe qui ne se plaint pas.

Les troubles sympathiques et réflexes du système nerveux cérébro-spinal, de la circulation, de l'appareil urinaire, de la nutrition générale, de l'appareil digestif et parmi ces derniers les troubles des fonctions hépatiques peuvent tirer leur origine de l'existence d'une

maladie fonctionnelle ou organique de l'utérus, en dehors de tout symptôme subjectif local d'un état morbide de l'appareil utéro-ovarien.

Voici deux cas intéressants que j'ai observés dans ces derniers temps. Le premier est surtout important par la gravité des accidents hépatiques qui ont compromis un instant l'existence de la malade et détourné l'attention de la cause utérine de ces désordres. Le second a présenté cela de remarquable que l'existence de la corrélation entre l'état hépatique et l'état de l'utérus, corrélation qui ne pouvait être mise en doute, n'a été découverte que fortuitement alors qu'on avait cru à l'existence d'un cancer du foie.

OBSERVATION I. — Suppression brusque des règles amenant une congestion aiguë du foie, fistules cutanées biliaires, catarrhe de la vésicule. — Élimination de douze cent soixante calculs par ces fistules. — Retour des règles. — Guérison des fistules. — Disparition de tous les accidents.

Au mois de mai 1879, je fus appelé auprès de madame N... qui souffrait depuis plusieurs mois de violentes douleurs dans le flanc droit où venaient de s'établir quatre fistules par la plus large desquelles s'échappait de loin en loin un petit calcul biliaire.

Madame N... a quarante-deux ans, elle n'a jamais eu de fausses couches, et elle n'a eu qu'un seul enfant qui a aujourd'hui seize ans. Sa mère est morte à quatre-vingts ans et son père a succombé à une hémorrhagie cérébrale, à l'âge de cinquante-cinq ans, survenue sous l'influence d'excès alcooliques. La santé de notre malade a toujours été excellente; elle a une belle et magnifique constitution.

Il y a six mois, cette dame qui est âgée de trente-huit ans et qui jouit d'une santé excellente, sortait pour ses affaires de commerce par un temps horrible. Les règles avaient commencé la veille au soir. Elle resta toute la journée à courir dans Paris, à pied, et rentra chez elle avec un sentiment de frisson. Les règles s'étaient arrêtées. Dans la nuit, madame N... eut un léger accès de fièvre ; elle fut prise de malaise général, de céphalalgie, en même temps que de douleurs dans le bas-ventre et la région du foie. Pendant trois mois, elle resta au lit avec des douleurs atroces dans la région hépatique. Un médecin fut appelé ; il constata le volume énorme du foie qui dépassait les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt et donnait lieu, à la pression, à une sensation tellement douloureuse que le toucher provoquait des nausées. On prescrivit des cataplasmes, on fit des applications de sangsues sur la région du foie, mais on

négligea de faire entrer en ligne de compte la suppression des règles qui cependant jouait un rôle si considérable dans l'affection hépatique.

Au bout de trois mois, il s'était produit un soulagement notable, la fièvre avait disparu, la malade allait et venait, les règles avaient reparu, mais en très-petite quantité et s'accompagnaient de douleurs atroces et d'une névralgie lombo-abdominale extrêmement pénible. La malade se remit au lit. Pendant deux mois encore, on continua les cataplasmes, mais sans amener de soulagement. Le flanc droit devint de plus en plus volumineux, de plus en plus douloureux, de petits points rouges apparurent puis s'ulcérèrent. Deux, trois, quatre fistules se formèrent ainsi dans l'espace de huit jours et pendant deux mois donnèrent issue à une quantité extrêmement abondante d'un liquide clair, semblable à de la lymphe, blanchâtre, ressemblant à celui qu'on observe dans certains flux des muqueuses survenus sous l'influence d'une inflammation catarrhale.

Un jour, après une crise de douleurs très-violentes, qui dura vingt-quatre heures, un petit calcul tétragonal, gros comme un petit pois, s'échappa par la plus large des fistules, celle qui se trouvait le plus rapprochée de la dernière des fausses cotes. A partir de ce moment, tous les cinq ou six jours, les crises se renouvelèrent et, à la suite de chacune d'elles, un ou deux calculs se trouvaient éliminés par ces différentes fistules.

Ce fut à ce moment que je fus appelé auprès de madame N..., alors qu'elle avait éliminé vingt-six calculs.

L'examen de la région hépatique me fit constater le volume très-considérable du foie descendant à cinq travers de doigt du pubis et dépassant l'ombilic, sur la gauche, de trois travers de doigt. La peau au niveau des fistules était très-adhérente.

Reconstituant, dans l'intérêt du diagnostic, ce qui avait dû se passer depuis le début de la maladie, je considérai que, sous l'influence de la suppression brusque des règles, il s'était fait une congestion aiguë du foie avec inflammation catarrhale de la vésicule biliaire, suppuration, adhérences, fistules et production de nombreux calculs de cholestérine.

La perméabilité des voies biliaires ne pouvait faire un doute, les selles étant normalement colorées et l'ayant toujours été, au dire de la malade, depuis le commencement de la maladie.

J'instituai le traitement suivant : Des cataplasmes en feuilles furent maintenus sans cesse sur la région des fistules et la malade dut prendre, trois fois par jour, un verre d'eau minérale artificielle au silicate de potasse et au monosulfure de sodium. Sous l'influence de cette médication, vingt-quatre heures après, un flux muqueux des plus abondants commença à se faire par les fistules, entraînant en quantité considérable de petits calculs cubiques ou le plus souvent tétragonaux, variant de la grosseur d'un gros pois à celle d'un grain de chènevis. Dans l'espace de quarante jours, on put compter et recueillir le

chiffre énorme de douze cent soixante calculs. Ces calculs de couleur jaunâtre étaient formés de cholestérine presque pure, onctueux au toucher, légers, à cassure cristalline et faciles à pulvériser.

A partir de ce moment, la malade cessa d'éprouver ce sentiment de raideur qui ne lui permettait pas de s'asseoir sur son lit, la douleur disparut et ne revint que de loin en loin et encore très-atténuée lorsqu'une des fistules laissait encore échapper un calcul.

Je cessai l'administration de l'eau minérale artificielle et je la remplaçai par une solution de bicarbonate de soude, à cinq grammes par litre, que la malade devait boire avec le vin aux repas.

L'usage de cette solution développa considérablement l'appétit tout en rendant les digestions très-faciles.

En moins d'un mois, trois fistules se fermèrent. Une seule, la plus grande, restée ouverte, donnait de temps en temps passage à un petit calcul de cholestérine.

Les règles étaient revenues chaque mois, peu abondantes, très-douloureuses, s'accompagnant d'une crise violente de névralgie lombaire.

Dans le but de remédier à cet état dysménorrhéique, je fis prendre chaque mois, huit jours avant les règles, 5 centigrammes d'extrait de belladone à doses fractionnées tous les jours, ce qui donna un bon résultat. Enfin la dernière fistule s'étant fermée spontanément, dans le but de diminuer le volume énorme du foie, après avoir appliqué sans résultat un certain nombre de vésicatoires volants, je me décidai à employer les pointes de feu (cautérisation ponctuée superficielle), au nombre de trois cents chaque fois, distribuées sur la région. Dix applications suffirent pour réduire l'organe et le ramener à peu près à ses limites normales.

Sous cette influence, en même temps que sous l'influence des pointes de feu pratiquées sur la région lombaire, la dysménorrhée disparut et l'abondance des règles reprit son cours ; et aujourd'hui, après vingt-six mois de maladie, notre malade a complétement recouvré la santé.

D'après Frerichs, l'inflammation catarrhale des voies biliaires reconnaît pour cause la plus ordinaire l'extension d'une affection semblable de l'estomac ou de l'intestin au canal cholédoque par le duodénum ; toutes les influences capables de déterminer le catarrhe gastro-intestinal, et au nombre de celles-ci il signale le refroidissement, peuvent donner lieu à l'inflammation catarrhale de la vésicule. Mais, à côté de cette cause qui, quoique la plus fréquente, n'existait pas chez notre malade, il signale aussi la congestion du foie qui s'accompagne fatalement d'hypérémie de la muqueuse des voies biliaires.

Chez notre malade, absence complète de catarrhe gastro-intestinal, début brusque d'une congestion aiguë du foie, le jour même où a lieu la suppression des règles, la relation de cause à effet ne saurait être mise en doute, nous nous sommes bien trouvé en présence d'accidents hépatiques en relation immédiate avec la suppression brusque des règles.

OBSERVATION II. — Ictère et coliques hépatiques causés par une rétention des règles par atrésie complète du canal cervical de l'utérus. — Opération. — Écoulement de deux litres de sang altéré. — Guérison des phénomènes hépatiques.

Le 29 janvier 1876, la nommée D...., fleuriste, âgée de trente et un ans, entrait à Saint-Lazare avec le diagnostic : *Ulcération du col de l'utérus*. Elle était venue dans le service, il y a un an, avec la même affection.

Cette femme, grande et bien constituée, paraît avoir une nature vigoureuse; elle présente sur tout le corps une teinte ictérique des plus prononcées, suite, nous dit-elle, de violentes crises de coliques hépatiques dont elle est atteinte. La région du foie est douloureuse au toucher ; on observe une résistance généralisée de l'abdomen : pas de bosselures.

Par la pression, nous constatons une augmentation de volume de l'organe qui dépasse les fausses côtes.

L'examen au spéculum nous laisse voir une érosion du col caractérisée par une teinte rouge clair tranchant sur la teinte violacée de l'ensemble du col et des parois vaginales. L'orifice cervical est complétement oblitéré.

Le doigt explorateur permet de constater une mobilité extraordinaire du col et l'absence du corps de l'utérus. Le toucher rectal fait reconnaître aussi l'absence de l'utérus. Par cette voie, le toucher signale l'existence d'une masse élastique qui pèse sur l'intestin.

Le palper abdominal fait découvrir une tumeur ronde et volumineuse située en arrière de la vessie, s'élevant jusqu'à l'ombilic et correspondant, de tout point, à la position de l'utérus augmenté de volume.

Nous avions évidemment affaire à une rétention des règles avec distension en poche de la cavité utérine. La malade n'ayant pas eu ses règles depuis plusieurs mois et de la dysménorrhée depuis quinze ans, l'opération seule pouvait nous donner un résultat.

Aucun des parents immédiats de la malade n'a présenté d'affection du foie. Sa mère était hystérique, et le père, qui buvait beaucoup, est mort à un âge assez avancé.

Elle a habité l'Afrique pendant sept ans, de dix à dix-sept ans. Elle n'a jamais souffert du foie pendant ce laps de temps, et ce n'est qu'à l'âge de vingt et

un ans qu'elle a senti les premières atteintes de la maladie. Elle a été soignée à deux reprises dans les hôpitaux, et à Lariboisière comme à Beaujon, où l'on a diagnostiqué des coliques hépatiques.

Réglée à dix ans, la menstruation a toujours été régulière ; cependant à l'époque des règles, elle éprouvait de violentes douleurs lombaires pendant plusieurs jours et le sang venait en très-petite quantité. Elle accoucha, il y a cinq ans, après un travail très-long, et fut soignée pendant quelque temps pour une ulcération consécutive à l'accouchement.

Le 12 juillet dernier, elle fut reprise de vives douleurs dans la région du foie, devint très-jaune, eut encore ses règles ce mois-là ; mais depuis, elle ne voit plus. A l'époque ordinaire des menstrues, elle ressent de violentes douleurs abdominales généralisées, elle a un peu de fièvre, mais il n'y a pas le moindre écoulement utérin.

Depuis le 12 juillet, elle présente cette teinte ictérique qui nous a frappé lors de son entrée.

L'opération, jugée indispensable, fut pratiquée par moi, le 4 février, au moyen d'un fil de platine en flèche graduellement rougi par l'appareil galvanocaustique. J'arrive à une profondeur de 1 centimètre, mais là, on se trouve en présence d'une partie très-résistante qui ne cède qu'au trocart guidé par le doigt introduit dans l'intestin. Il s'écoula à peu près un litre d'un sang noirâtre. Le soir, le pouls et la température sont à l'état normal. La malade n'a pas souffert. Nous examinons le lendemain le résultat de l'opération, le cathéter s'enfonce à peu près à 1 centimètre, mais il ne peut aller plus loin, une sorte de barrière membraneuse l'arrête. Il s'écoule de l'eau roussâtre le 5, le 6 et le 7, et le 12, je traverse cet obstacle avec le fil de platine. Cette fois, le résultat est complet; on pénètre très-bien dans la cavité ; on injecte une solution faible d'acide picrique. Le jour même, la malade perd encore, après l'opération, un litre de sang noirâtre. Aucune douleur ; les jours suivants, le sang rouge prédomine, et l'utérus commence à revenir sur lui-même, favorisé en cela par des applications galvaniques utéro-abdominales; petit à petit la teinte ictérique disparaît, et à la fin de février, la couleur des tissus était complétement normale.

La malade va très-bien ; tout écoulement a cessé. A la visite du 1er mars, nous constatons que le canal cervical est reformé dans sa partie profonde ; le cathéter entre à peu près de 1 centimètre ; mais si l'on veut aller plus loin, on constate qu'il est très-resserré, et qu'on ne peut avancer, même avec un léger effort.

Nouvelle opération le 5. Le fil de platine débride l'orifice interne, qui est élargi par un cône d'éponge préparée. La malade garde le repos horizontal. Aucune douleur. Le soir, pouls normal, température 37°,4. Elle a perdu beaucoup d'eau jaunâtre ; le 6, elle perd un peu de sang.

Pansement glycériné (injection avec la solution d'acide picrique).

Du 6 au 13, pertes beaucoup plus foncées.

Le 13, le cathéter entre très-facilement dans la cavité utérine, qui mesure encore 10 centimètres de longueur. On peut le retourner dans tous les sens sans rencontrer la moindre résistance. Le canal est parfaitement rétabli. La malade n'a pas souffert du foie depuis sa première opération. L'organe a repris ses dimensions naturelles ; la pression ne détermine plus de douleur. La teinte ictérique a complétement disparu ; les urines sont normales, et l'état général est excellent. La première époque revient dans les conditions les plus naturelles. Le canal cervical reste parfaitement dilaté. La malade quitte l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Un dernier mot sur le mode opératoire de cette atrésie complète : j'ai donné la préférence à la galvanocaustie thermique sur l'instrument tranchant ou sur le trocart, parce que ce moyen me permettait d'avancer très-lentement sans m'exposer à suivre une voie anormale, comme le trocart ou le bistouri pouvait m'y exposer, le canal cervical n'ayant laissé aucune trace de son existence antérieure; enfin, parce qu'il me permettait de vider cette poche pleine de sang altéré, ce qui n'est pas sans importance, puisque les chirurgiens ont signalé maintes fois les lipothymies, les syncopes et les divers accidents dus à une sortie trop rapide de liquide.

Ce qui donne un attrait tout particulier à l'étude de la médecine, c'est assurément l'originalité incessante des recherches toujours nouvelles sur lesquelles s'exerce l'esprit du médecin. Problème nouveau, quoique entrevu ou même résolu par les devanciers, mais oublié parce qu'il se présente rarement sous cette forme.

Le trouble des grandes fonctions sous l'influence des affections ou des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien est reconnu, est admis par tous les médecins. Cependant, lorsque l'organe utérin ne donne lieu à aucun symptôme direct subjectif, qui attire sur lui l'attention de la malade, le praticien laisse assez souvent de côté cet organe, qui ne se plaint pas, à moins cependant que l'expérience personnelle, ou une étude spéciale des maladies des organes génitaux de la femme ne lui aient appris à tenir le plus grand compte de l'influence de cet appareil sur l'organisme tout entier.

Habitué depuis plusieurs années à rapporter la plupart des troubles que j'observe chez les femmes de mon service aux affections de l'utérus, je n'hésitai pas à rapporter à la rétention des règles les attaques de colique bilieuse et l'ictère observés chez ma malade, d'autant

mieux que la lecture récente d'un ouvrage remarquable (1) avait éveillé mon attention sur ce sujet. Je cite tout au long le passage relatif à cette question :

« Dans les affections utérines, il est cependant certains cas où les désordres des fonctions biliaires prennent une telle intensité qu'ils prédominent sur tous les autres symptômes. Alors la malade éprouve à certains intervalles des espèces d'attaques de coliques bilieuses, caractérisées d'abord par la douleur dans l'hypochondre droit, la teinte jaune de la peau et la céphalalgie, puis par les vomissements bilieux et les selles de même nature. Ces attaques semblent être irrégulières dans leurs manifestations, mais on peut presque toujours reconnaître qu'elles sont liées au retour des époques menstruelles. Elles peuvent se produire, soit immédiatement après les règles, soit une, deux ou trois semaines plus tard ; mais, dans ce dernier cas, si les vomissements et les selles diarrhéiques tardent à survenir, la douleur de l'hypochondre et les autres symptômes prémonitoires commencent généralement en même temps que les règles, ou peu après leur apparition. Chez ces malades, les menstrues sont souvent peu abondantes, et tout l'appareil utérin fortement congestionné. Il semblerait que, chez elles, la congestion se soit graduellement étendue au système de la veine porte pour envahir enfin la glande hépatique. Celle-ci, devenant à son tour le siége d'une congestion intense, son activité fonctionnelle s'exagère morbidement, et le soulagement n'a lieu que par le rejet de la bile surabondante, soit par les vomissements, soit par les garde-robes. Il peut arriver que ces troubles de la sécrétion et de l'excrétion biliaire entraînent la formation de calculs, qui deviennent ainsi la cause de véritables coliques hépatiques.

L'état de congestion du système veineux de l'abdomen et la connexion intime des veines de l'abdomen avec la circulation utérine se manifestent, en pareil cas, par un fait pratique très-important et qui mérite une attention spéciale : je veux parler de l'hémorrhagie qui suit souvent l'application des sangsues sur le col de l'utérus. Je suis si accoutumé à voir, chez les malades qui présentent des symptômes du côté du foie, l'application de sangsues donner lieu à une hémor-

1. *Inflammation de l'utérus*, Bennett. Traduit et annoté par M. Peter. 1861.

rhagie souvent fort rebelle, que je préside moi-même une opération, et ne l'abandonne point aux soins d'une garde-malade. Les seules fois où j'ai été obligé de tamponner le vagin pour arrêter une hémorrhagie causée par les sangsues, j'avais affaire à des malades de cette espèce. Il est cependant un certain nombre de cas où l'on ne peut découvrir de différence entre un état de congestion de l'utérus et l'hypersécrétion se produisant alors sous l'influence d'une irritation sympathique.

Quoi qu'il en soit de la cause prochaine de pareils accidents biliaires, leur origine utérine est rarement diagnostiquée, pour peu qu'ils soient intenses. Aussi, presque toutes les malades ainsi affectées que j'ai eu à soigner ultérieurement avaient-elles été longtemps traitées pour une maladie de foie. Erreur d'autant plus pardonnable, que les symptômes utérins sont souvent très-obscurs et généralement rejetés dans l'ombre par suite de l'existence des troubles fonctionnels de la glande hépatique. Quand une fois cet organe s'est accoutumé, pour ainsi dire, à ces hypersécrétions périodiques, il est souvent très-difficile de modifier et de déraciner cette habitude morbide ; alors même que l'affection utérine qui en avait été la cause originelle est complétement guérie. C'est ce qu'on observe surtout lorsque l'utérus reste malade ou qu'il se congestionne encore aux époques menstruelles. De pareilles attaques de colique bilieuse sont une sérieuse complication de l'affection utérine. Elles jettent la malade dans un grand état de faiblesse, dont elle est très-lente à se remettre, et troublent en général pour longtemps les fonctions digestives.

J'ai plusieurs fois trouvé le foie augmenté de volume, hypertrophié ou congestionné chez des femmes atteintes d'affections chroniques du col de l'utérus. Chez l'une d'elles, âgée de trente ans, mariée et sans enfants, qui souffrait depuis plusieurs années d'inflammation ulcéreuse du col, le foie descendait plus de deux pouces au-dessous des fausses côtes, s'étendait jusqu'à l'ombilic et atteignait presque la crête de l'os des iles. On n'y distinguait ni lobes ni égalités, la tumeur paraissant due à une simple hypertrophie de l'organe. La malade ne semblait pas avoir conscience de son foie, pas plus d'ailleurs que de l'existence de l'affection utérine, bien qu'elle fût depuis longtemps

en traitement et qu'elle eût éprouvé pendant plusieurs mois des douleurs dans la région hépatique. Elle était un peu jaune et sa santé était mauvaise.

L'hypertrophie du foie diminua graduellement à mesure que l'état de l'utérus s'améliorait, sous l'influence des vésicatoires et de l'iodure de potassium.

M. Bennett avait donc reconnu l'influence des troubles fonctionnels et des maladies de l'utérus sur les fonctions hépatiques, et il signalait l'erreur qui pouvait être commise.

Mieux que ses devanciers, il établissait la relation possible entre les troubles des fonctions de ces organes. Il est bien de dire que la suppression du flux hémorrhoïdal, et bien plus rarement l'aménorrhée, ont été signalées comme pouvant amener ces mêmes complications hépatiques.

En résumé, les deux cas que je viens de rapporter et que j'ai suivis avec soin démontrent, le premier, que l'arrêt brusque des règles peut donner lieu à une congestion aiguë du foie et à une série d'accidents qui résultent de cette *Métastase ;* le second, que la rétention des règles par atrésie du canal cervical détermine une congestion du foie sous la forme chronique et un ictère de même forme, accidents qui ont induit en erreur un habile praticien qui a pu croire en s'appuyant sur des déductions en apparence très-logiques à l'existence d'un cancer du foie.

THÉORIE DE LA MENSTRUATION

Par Madame Mary Putmann JACOBI,
Professeur de matière médicale au collège de médecine des femmes de New-York.
Traduit de l'anglais, par le docteur Raoul Fauquez.

(Suite.)

En considérant le phénomène remarquable du flux menstruel, deux questions distinctes se présentent, savoir :

Pourquoi l'écoulement du sang du plexus ovarien se fait-il par l'utérus et pourquoi cet écoulement se fait-il par la membrane muqueuse de l'utérus? Pouchet (voyez ci-dessus) a assez clairement démontré par la dissection de divers mammifères domestiques que pendant le rut la membrane muqueuse utérine était hypérémiée. Il insiste même sur la valeur de la décharge sanguine qui a lieu chez ces animaux et explique sa petite quantité comparée à celle de la femme par l'espace énorme qu'offrent les tissus lâches des organes internes de la génération dans lesquels le sang s'accumule.

Cette explication n'a jamais été acceptée comme complétement satisfaisante. La tension des vaisseaux sanguins de l'utérus n'explique pas non plus suffisamment l'hémorrhagie utérine puisque là, comme dans tous les autres organes, il peut exister une congestion très-intense sans qu'il s'ensuive la rupture des vaisseaux et même des capillaires.

L'imminence de ce phénomène est en proportion de la laxité des tissus qui supportent les vaisseaux; elle est la plus grande dans le cerveau, puis dans la rate, et peut-être la moindre dans le parenchyme utérin qui est formé de tissu fibreux dense et serré. De là, comme on le verra, l'extrême rareté de l'hémorrhagie au niveau de la membrane muqueuse.

La surface interne de l'utérus est celle qui offre le moins de facilité à la rupture des vaisseaux sanguins et cette rupture n'a lieu que dans un cas, c'est-à-dire lorsque les vaisseaux qui rampent sous la muqueuse intra-utérine sont mis à nu par la desquamation de l'épithélium.

Dès 1847, Pouchet a très-bien décrit cette desquamation. Mais le processus a été dernièrement beaucoup mieux étudié dans deux mémoires devenus classiques.

Le premier est de Kundrat, publié dans *Stricker's Med. Jahrbucher de* 1873.

Le second de Williams, dans *London Obstetrical Journal* 1875. Ces deux mémoires sont basés sur de nombreuses autopsies. Nous puiserons abondamment dans ces recherches en commençant par celles de Kundrat comme les plus anciennes.

A l'état de repos complet, entre deux périodes menstruelles, la

membrane muqueuse utérine a une épaisseur de un millimètre seulement dans le fond et sur les côtés, et cette épaisseur diminue au niveau du col et des orifices des trompes.

La membrane muqueuse se distingue par un tissu conjonctif caractéristique riche en cellules et par l'absence de tissu sous-muqueux. Les tubes droits, qui constituent les glandes, sont placés côte à côte dans le tissu, exclusivement formés de cellules rondes ou fusiformes, serrés, comme les glandes de la membrane muqueuse de l'estomac.

Dans cette couche il n'y a pas de fibres musculaires, mais le tissu conjonctif s'étend au-dessus et au-dessous du tissu musculaire. Les glandes sont tapissées de cellules cylindriques à cils vibratiles qui se continuent avec celles qui revêtent la membrane muqueuse entre les tubes.

La différence la plus importante entre la membrane muqueuse, avant et après la puberté, est dans les glandes. Chez un fœtus de sept mois, la membrane a une épaisseur de neuf à quinze millimètres et ne contient pas de glandes. Celles-ci font leur première apparition à l'âge de trois ou quatre ans, et contiennent alors des cellules rondes. Elles se développent davantage à dix ans, et à douze ou treize commencent à se ramifier.

Pendant la menstruation, la membrane muqueuse augmente de un millimètre à trois ou six millimètres en épaisseur, elle est molle, tuméfiée, injectée par places ou rouge uniformément. Les ouvertures des glandes sont élargies et il en sort un mucus blanchâtre. Les cellules des glandes sont augmentées de volume (comme celles des glandes à pepsine pendant la digestion) et il se fait une multiplication des cellules rondes du tissu conjonctif. Les vaisseaux sont distendus par le sang. Toutes ces modifications *se bornent à la couche superficielle de la membrane muqueuse*. La même couche est quelquefois le siège d'ecchymoses. Il n'y a pas de prolifération des vaisseaux sanguins.

On suppose que ces modifications sont caractéristiques de la menstruation parce qu'on trouve qu'elles coïncident avec la présence de corps jaunes récemment formés dans les ovaires. Mais leur rapport précis avec l'époque de la déhiscence de l'œuf n'est pas encore établi.

On peut conclure cependant que ces altérations ne commencent ni ne finissent avec l'hémorrhagie menstruelle.

« Chez deux jeunes filles qui moururent subitement quelques jours avant la période menstruelle et chez d'autres, chez lesquelles on ne trouva aucune vésicule récemment rompue, la muqueuse était augmentée en épaisseur de deux et demi à trois millimètres. Nous devons croire que l'épaississement commence longtemps avant la période, mais atteint son maximum à ce moment. Il est si rare de trouver une membrane muqueuse absolument normale que nous devons en déduire que la période de repos est très-courte.

« Au moment de l'hémorrhagie et jusqu'au retour à l'état normal, les cellules sont troubles et pleines de granulations graisseuses. Cette dégénérescence graisseuse s'étend aux cellules des glandes, aux cellules du tissu interglandulaire des vaisseaux et à l'épithélium de la surface, mais elle est extrêmement superficielle.

« Mon opinion », dit l'auteur, « est que ces altérations se développent indépendamment de l'hémorrhagie et même qu'elles la déterminent parce que :

1° Malgré l'hypérémie beaucoup plus intense de la muqueuse intra-utérine d'un utérus gravide, aucune hémorrhagie n'a lieu, ce qui prouve que l'hypérémie seule est insuffisante pour expliquer le flux menstruel.

2° L'hémorrhagie se produit dans une autre dégénérescence physiologique de la membrane muqueuse utérine, à la fin de la grossesse. Si la caduque devenait trop tôt graisseuse, l'hémorrhagie aurait lieu également avant terme.

3° Dans un utérus, au moment de la menstruation, il n'y a jamais d'extravasation, excepté dans la couche superficielle où se fait la dégénérescence graisseuse. J'en conclus que la membrane dégénère parce que, il ne se développe pas de vaisseaux susceptibles de la nourrir suffisamment dans son état de tuméfaction, et que les vaisseaux superficiels mis à nu se rompent et permettent la sortie du sang. »

Il est difficile de soutenir la vieille théorie qui veut que l'hémorrhagie utérine coïncide avec la rupture d'une vésicule de Graaf, car,

à ce moment, la membrane muqueuse utérine est dans les conditions les plus défavorables à la réception de l'œuf.

L'épaississement de la muqueuse décrit plus haut suppose la disposition à la conception et la métamorphose rétrograde est la conséquence de l'absence de conception. « La chute de la membrane muqueuse dans la dysménorrhée suppose une exagération de la tuméfaction normale qui a pour conséquence la dégénérescence graisseuse. »

Les recherches de Williams confirment et développent les conclusions de Kundrat. Il a trouvé que le plus haut degré de développement de la membrane muqueuse utérine était atteint trois jours avant la menstruation. Elle était alors épaisse de un quart de pouce, couverte de petites taches blanches, paraissant être, sous le verre grossissant, de petites cavités à la base desquelles étaient les orifices des glandes. La membrane était tuméfiée au niveau des glandes. Il n'y avait pas de vaisseaux sanguins dans cette portion tuméfiée. Encore plus près de la menstruation, la membrane était rouge foncé, épaisse, lisse et molle et contenait une quantité innombrable de vaisseaux rampant parallèlement aux glandes. Mais sur les deux femmes qui ont été l'objet de cette description, une avait succombé à une péritonite. Dans quatre autres cas, dans lesquels le rapport avec l'époque menstruelle n'était pas exactement établi, on trouva la membrane muqueuse du col terminée brusquement, juste au-dessus de l'orifice interne, dans une excavation. Au-dessus, la muqueuse intra-utérine était injectée et tuméfiée et en outre desquamée. L'épithélium était atteint de dégénérescence graisseuse et il existait une hémorrhagie très-superficielle. Dans deux cas où la mort eut lieu le quatrième jour de la menstruation, la desquamation de la muqueuse au-dessus de l'orifice interne était complète. Les fibres musculaires étaient mises à nu, tachées de sang, et couvertes de petits fragments formés de cellules rondes et fusiformes, de corps ronds semblables à des noyaux de fibres musculaires et de globules rouges. En différents points, la pression faisait sourdre du sang. Dans un cas observé juste après la cessation de l'écoulement, la membrane avait commencé à se régénérer dans les deux tiers inférieurs de la cavité. Le tiers supérieur était encore recouvert de fragments brunâtres. Le renouvel-

lement de la muqueuse semblait partir du col. Un peu plus tard la membrane était d'un bout à l'autre reformée, mais l'épithélium faisait encore défaut. Encore plus tard, la membrane était complète, sauf les orifices des glandes au niveau de la surface environnante ; ainsi le développement était moins avancé que celui qu'on observe trois jours avant la menstruation et qui a été décrit déjà.

En analysant ces douze autopsies, Williams remarque que : « C'est une erreur de considérer le flux menstruel comme un processus complet en lui-même ou de l'attribuer à une simple congestion ou à une érection prolongée. Il est seulement le dernier terme d'un cycle de modifications qui commencent au moment où cesse la menstruation, traversent les phases de développement de la membrane muqueuse et finissent avec la terminaison du flux menstruel suivant. Nous avons raison d'affirmer qu'il n'y a pas pour l'utérus de période de repos, mais qu'il est continuellement soumis à des changements qui font de lui soit un réceptacle pour l'œuf fécondé, soit un organe chargé de rejeter au dehors l'œuf non fécondé ! Si une partie du mois pouvait être appelée avec raison période d'inactivité de l'utérus, ce serait la période menstruelle, car c'est à ce moment que la membrane muqueuse cesse de se développer et qu'elle subit la dégénérescence graisseuse. »

L'auteur reconnaît à l'hémorrhagie deux facteurs :

« 1° La desquamation de la membrane muqueuse qui met les vaisseaux sanguins à nu ;

« 2° Les contractions des fibres utérines qui chassent le sang hors des vaisseaux superficiels. Les parois utérines sont pâles, tandis que les surfaces du péritoine et de la muqueuse sont congestionnées. L'augmentation de la quantité de sang dans l'utérus est due à l'activité du développement de la membrane muqueuse et n'est nullement liée à la congestion. L'écoulement du sang atteint son maximum au moment où la prolifération est à son plus haut point, ce qui est peu de temps avant l'apparition du flux menstruel. L'écoulement est subitement diminué au moment où commence la dégénérescence graisseuse. »

Pour plus de commodité, nous allons présenter sur deux colonnes opposées la somme des connaissances sur le processus de la mens-

truation acquises dans ces dernières années par Waldeyer, Slaviansky, Grohe, Kundrat, Williams ; et celles qui ont été déduites de la théorie propre de l'ovulation, telle que l'ont formulée Pouchet, Raciborski, Courty, Rouget, Pfluger, etc.

Les vésicules de Graaf et les œufs manquent pendant l'enfance, ou existent dans un état relativement rudimentaire, ne subissant aucun développement progressif.	Des vésicules de Graaf et des œufs, impossibles à distinguer de ceux de la femme adulte, se trouvent dans les ovaires à tout âge à partir de deux ans. Depuis ce moment, il ne se forme plus de nouvelles vésicules, mais celles qui existent déjà se développent graduellement et successivement et, après avoir acquis un certain maximum de développement, s'atrophient sans se rompre. (Il ne semble pas avoir été établi d'une façon certaine si la fusion avec la vésicule de Balbiani et la fusion par apposition avec l'épithélium du disque prolifère qui, après la puberté, sont essentielles à la maturation complète de l'œuf, arrivent jamais avant cette période. Il est probable que non.)
L'établissement de la puberté est principalement caractérisé par le développement subit des ovaires et le début de leur fonction caractéristique, la chute des œufs.	L'augmentation de volume des ovaires pendant les trois ou quatre années qui précèdent la menstruation est tout à fait graduelle et il n'y a là aucun développement, soit de l'utérus, soit des ovaires, capable de justifier le terme de « construction d'un édifice dans l'intérieur même d'un

C'est à l'irritation du stroma de l'ovaire et de son enveloppe péritonéale, causée par la croissance rapide des vésicules de Graaf, que est dû l'afflux du sang dans le plexus ovarien (Pflüger), ou à la contraction des fibres musculaires qui cause une accumulation de sang dans ce plexus en en empêchant le retour. La congestion et l'hémorrhagie sont la conséquence de l'ovulation et de la déhiscence de l'œuf.

édifice » (1) ni un processus local susceptible d'apporter une grande modification locale de la nutrition.

Le changement essentiel consiste, non dans le volume de la vésicule de Graaf, mais dans l'augmentation de sa vascularisation et dans la sécrétion de liquide dans sa cavité, lesquelles amènent la rupture de ses enveloppes et la chute de l'œuf.

L'épanchement du sérum dans les vésicules de Graaf, comme l'épanchement du liquide amniotique dans la cavité de l'œuf développé, est dû à l'augmentation de la tension dans les vaisseaux sanguins du bulbe de l'ovaire, et finalement de ceux qui se ramifient dans l'enveloppe périfolliculaire de la vésicule elle-même. Cette augmentation de la tension et de l'afflux du sang dans le plexus ovarien est due à une cause entièrement indépendante du développement des œufs, cause qui se développe dans l'organisme longtemps après que les cellules reproductrices ont commencé à mûrir.

L'hypérémie pelvienne a pour conséquence et non pour cause, sinon l'ovulation, du moins la

1. Clark, *Sex in Education*.

La rupture et la déhiscence des œufs ont lieu périodiquement aux époques du rut chez les animaux inférieurs et de la menstruation chez la femme. Elles constituent la partie essentielle des deux pro-

déhiscence de l'œuf. La surface de l'ovaire sur laquelle les follicules se rompent n'est pas recouverte par le péritoine (Waldeyer). Un petit nombre seulement, sur l'immense quantité des vésicules de Graaf contenues dans les ovaires, se rompent et s'ouvrent à la fois, et, comme le processus de leur complet développement est graduel, les périodes de rupture sont nécessairement intermittentes.

Cette intermittence, cependant, loin d'offrir un type de périodicité physiologique, est un des plus irréguliers des phénomènes physiologiques. Il est impossible de le comparer aux processus qui sont associés aux mouvements rhythmiques de la circulation, comme le sommeil ou la veille pour le cerveau, la digestion ou le repos pour l'estomac. La croissance successive des vésicules de Graaf ressemble exactement à la croissance des bourgeons sur les branches (1). Elle n'est même pas en rapport avec l'écoulement périodique qui constitue la menstruation, puisque la rupture des vésicules ne coïncide pas toujours avec cet écoulement et qu'elle

1. La distinction entre les bourgeons et les graines a beaucoup préoccupé les botanistes philosophes. Nous nous reporterons plus loin aux théories de Candolle, Spencer et Darwin. Dalton compare les follicules de Graaf aux follicules dentaires.

cessus qui sont strictement analogues l'un à l'autre. La menstruation est la saison du rut pour les femmes, le rut est la menstruation des animaux inférieurs.

La reproduction n'est possible qu'à certains moments, avant et après la période menstruelle.

peut avoir lieu sans que le flux menstruel se produise. L'augmentation permanente de la tension, occasionnée par le développement des vaisseaux sanguins de l'ovaire à la puberté, semble suffisante pour assurer les conditions mécaniques requises pour la mise en liberté de l'œuf.

Chez les animaux inférieurs, chez lesquels l'instinct sexuel existe exclusivement en rapport avec la reproduction, la période du rut et la rupture des vésicules de Graaf semblent toujours coïncider.

On trouve au moins quelques vésicules rompues chez tous les animaux examinés après cette période. Cela ne prouve pas cependant que la congestion des tissus érectiles et la rupture des follicules de Graaf soient en rapport de cause l'une avec l'autre, mais plutôt que ce sont des phénomènes qui coïncident.

Chez les femmes, l'instinct sexuel et le pouvoir reproducteur restent distincts ; il n'y a pas là non plus une association nécessaire entre l'impulsion sexuelle, la menstruation et la déhiscence de l'œuf.

La reproduction, à aucun moment impérative, est possible en tout temps, quoique plus pro-

L'hémorrhagie menstruelle est le résultat d'une congestion périodique de l'utérus causée par l'irritation que provoque la rupture des follicules et dont l'importance est entièrement sous la dépendance de l'ovaire. La tension est suffisamment élevée par l'afflux du sang dans le grand réseau vasculaire qui entoure l'utérus, ou par la stase du sang dans ces vaisseaux, pour causer la rupture des petits vaisseaux de la muqueuse utérine, et l'hémorrhagie a lieu comme dans l'épistaxis.

Les tissus vasculaires de l'utérus, des ovaires et des ligaments larges sont des espèces de tissus érectiles, et leur turgescence périodique constitue une érection qui fait de la période menstruelle une époque d'excitation sexuelle prolongée.

bable avant le flux menstruel.

L'hémorrhagie menstruelle est le dernier degré d'une série de processus qui se passent dans l'utérus, tout à fait indépendamment du germe ovarien. L'afflux du sang dans l'utérus répond à un besoin d'augmentation de nutrition causé par le développement de la membrane muqueuse qui augmente constamment d'épaisseur, jusqu'à ce qu'elle ait atteint un degré convenable à la rétention de l'œuf fécondé. L'hémorrhagie utérine est la conséquence de la dégénérescence graisseuse et de la desquamation de la membrane muqueuse à laquelle a manqué le stimulus nécessaire au maintien de sa vitalité accrue. Cette desquamation met à nu les vaisseaux et l'hémorrhagie qui en résulte est exactement analogue à celle qui suit la chute de la caduque dans l'accouchement.

Les artères hélicines et le bulbe de l'utérus et des ovaires sont destinés à la grossesse, non à la menstruation. Il n'est pas prouvé que ces tissus soient jamais réellement « turgescents » pendant la menstruation. Dans la menstruation normale, la circulation dans les vaisseaux de ces organes est accélérée par le besoin de

nutrition de la membrane muqueuse de l'utérus, exactement comme la circulation dans l'enveloppe musculaire de l'estomac et des intestins est accélérée pendant la digestion pour répondre au besoin de l'augmentation de la nutrition de leur surface muqueuse. Mais s'il arrive une accumulation et une stase de sang, il se produit des sensations anormales étrangères à la menstruation régulière et indiquant que la marche normale a subi quelque modification. Tous les processus qui concernent la menstruation convergent non vers la sphère sexuelle, mais vers la sphère de la nutrition et vers un de ses départements, celui de la reproduction.

La périodicité de la menstruation constitue son trait caractéristique le plus remarquable, rend sa marche particulière aux femmes, et en fait une exception extraordinaire parmi les phénomènes physiologiques.

La périodicité de la menstruation n'est pas une interruption brusque de la vie physiologique ordinaire, elle représente le dernier degré d'une série de modifications consécutives, parfaitement continues les unes aux autres. Elle n'offre pas la transition soudaine des fonctions de la vie animale mais les transitions graduelles caractéristiques des fonctions de la vie végétative dont elle est une des dépendances.

L'auteur de cet essai accepte les vues émises dans la seconde colonne. Mais on peut prouver que l'explication de l'hémorrhagie menstruelle qui y est donnée ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante. L'analogie montrée entre la caduque menstruelle et celle de la grossesse suggère déjà l'idée qu'il peut exister pour l'hémorrhagie quelque cause autre que la simple desquamation de la muqueuse. Après l'accouchement, il existe d'autres causes. Les parois utérines, pleines de sang, se contractent continuellement et chassent le sang hors de ses énormes sinus, l'immense accumulation de sang dans le plexus inter-ovarien à ce moment fournit une source abondante à l'hémorrhagie. Mais, pendant la menstruation, l'hémorrhagie dure aussi longtemps que la perte sanguinolente des lochies, sans qu'il existe une semblable accumulation. Suivant Williams, le parenchyme est pâle, et, bien que d'autres observateurs, guidés peut-être un peu par leur désir, aient décrit une hypérémie générale de l'organe, il n'y a encore là, il faut l'avouer, rien de comparable à la turgescence de la grossesse à terme. Nous le répétons encore, le flux menstruel et la perte sanguinolente des lochies ont, lorsque tout est normal, une durée et une quantité tout à fait identiques. C'est le flux menstruel cependant qui dépasse le plus souvent la période de quatre jours. Nous sommes forcés de conclure que le sang vient de partout ailleurs que des « tissus érectiles du pelvis » ; que le processus local de la muqueuse utérine est seulement le point de départ d'une évacuation qui vient de la circulation générale. Car, lorsque la perte sanguine qui survient après l'accouchement a cessé, l'organe reste encore très-volumineux et la quantité de sang qu'il contient est énormément plus grande que dans le cas de menstruation. D'un autre côté, l'hémorrhagie exagérée dans la menstruation, bien que liée souvent à l'hypérémie qui résulte de l'arrêt d'involution, de l'endométrite fongueuse, de néoplasmes, etc., est bien souvent indépendante de ces états et liée à des causes qui affectent l'état général, comme la pléthore ou l'anémie du système vasculaire ou l'excitation ou l'épuisement du système nerveux. Un excès physiologique de sang dans l'utérus (comme après l'accouchement) est cependant insuffisant par lui-même à maintenir l'hémorrhagie utérine, même lorsque elle a été provoquée par la desquamation de la muqueuse, tandis que,

en l'absence d'une accumulation de sang dans les organes pelviens, toute condition affectant la nutrition générale est capable de déterminer la plus violente hémorrhagie.

Ceci est le premier fait qui indique que le flux menstruel dépend de causes autres que les modifications qui ont lieu dans l'utérus. « Si l'hypérémie était la cause directe de l'hémorrhagie, » observe Gusserow, « on trouverait des extravasations de sang beaucoup plus fréquemment dans les couches profondes de la caduque menstruelle (1). » Les déviations de la menstruation offrent une série complète de faits qui montrent, d'après un autre point de vue, que la cause de la menstruation n'est pas exclusivement localisée dans l'utérus. Ces faits attiraient autrefois l'attention, mais depuis l'influence de la théorie de l'ovulation ils sont rentrés dans l'ombre.

De tels faits, dont Puech a réuni deux cents cas, sont encore une preuve positive de l'existence chez la femme d'un certain besoin de l'évacuation périodique de quelques onces de sang, — besoin si impérieux que si le mode ordinaire d'évacuation fait défaut par suite d'une étroitesse congénitale des vaisseaux utérins, ou d'une desquamation défectueuse de la membrane muqueuse de l'utérus, l'évacuation s'effectue néanmoins par ailleurs.

Dans un seul cas, Puech a trouvé une vésicule rompue dans l'ovaire au moment des règles déviées.

Dans la forme de chlorose décrite par Virchow, en rapport avec une étroitesse congénitale des vaisseaux sanguins, cet état ne s'étend pas seulement aux vaisseaux des organes pelviens, mais est généralisé à tout le corps. Là, par conséquent, la déviation des règles ne vient pas compenser l'aménorrhée. Nous ne proposons pas d'examiner ici les différentes théories qui, dans les temps les plus anciens, comme dans les plus modernes, ont été mises en avant pour regarder le flux menstruel comme un besoin de purifier le sang et d'éliminer les matériaux morbides qu'il contient. Cette théorie, primitivement tirée des vues de Jewish au sujet de l'impureté, a été soutenue par Aran au moyen des recherches d'Andral et Gavarret sur la respiration. Ces physiologistes, comme on le sait, affirmaient que, pendant

1. *Menstruation et Dysménorrhée*. Sammlung. Klinike. Vortrage. Volkmann.

la vie menstruelle, les femmes exhalaient habituellement par la respiration moins d'acide carbonique que les hommes. Aran prétendait que cette insuffisance était compensée par l'évacuation du charbon dans le sang menstruel. Le Dr Clarke admet un peu vaguement un besoin « d'élimination » de *quelque chose*, élimination pour laquelle une réserve spéciale doit être faite pendant le temps de la menstruation. La Revue du Dr Clarke dans le *Journal américain des sciences médicales* s'étend sur le même sujet.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *août* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

LECTURE.

M. Léon Labbé communique une *Note relative à une modification apportée dans le manuel opératoire de l'hystérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses* (*exsanguification de la tumeur*).

La gastrotomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus est une opération qui n'est plus contestée aujourd'hui. La note que M. Labbé communique à l'Académie n'a donc pas pour but de décrire cette opération, mais simplement de faire connaître une modification importante qu'il a introduite dans le procédé opératoire.

La quantité de sang contenue dans ces énormes tumeurs de l'utérus est toujours considérable, et il est incontestable que la perte de ce sang, par le fait de l'ablation de la tumeur, est un facteur dont il est impossible de ne pas reconnaître l'importance : surtout si l'on considère que l'extirpation de ces tumeurs a presque toujours lieu chez des femmes qui sont déjà dans un état de cachexie avancée.

Se basant sur le principe qui avait conduit Esmarch à appliquer un bandage compressif sur les membres à amputer, M. Labbé a pensé qu'on pourrait utiliser le même bandage pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans les grosses tumeurs de l'utérus et faire ainsi une sorte de transfusion anticipée.

La malade sur laquelle il a eu l'occasion d'appliquer pour la première fois ce principe se trouvait dans un état déplorable avant l'opération, et elle a succombé six jours plus tard à des accidents septicémiques. M. Labbé a pu constater que l'énorme fibrôme sur lequel la compression avait été pratiquée était complétement exsangue et que plus d'un litre de sang avait pu ainsi être restitué à la patiente.

L'idée théorique qui avait conduit M. Labbé à appliquer la bande d'Esmarch pour restituer à la circulation générale, lors de leur extirpation, le sang contenu en si grande abondance dans les fibromyomes utérins, a trouvé sa justification d'une façon très-nette dans le cas qui a été rapporté à l'Académie.

La conformation particulière de la tumeur a fait qu'aucune manœuvre bien particulière n'a dû être mise en usage ; mais, si l'on avait affaire à une tumeur de forme plus spéciale, on pourrait craindre, à juste raison, que l'application de la bande élastique ne présentât certaines difficultés. Dans ce cas, pour arrêter la bande et lui donner un point d'appui, on devrait traverser la tumeur près de son sommet par une ou plusieurs longues aiguilles métalliques. Plusieurs de ces aiguilles pourraient même être placées à des hauteurs diverses de manière à donner des points d'appui à la bande et à empêcher son glissement.

M. Labbé conclut de ce qui précède :

1° Qu'il doit y avoir un avantage réel, dans les opérations de fibro-myomes utérins volumineux enlevés par la gastrotomie, à restituer la quantité toujours abondante de sang contenue dans ces tumeurs ;

2° Que ce résultat peut être obtenu d'une façon complète en appliquant sur la tumeur la bande d'Esmarch ou toute autre bande douée de propriétés élastiques.

La séance est levée.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Séance du 31 *août* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

LECTURE.

M. Bouchardat lit un mémoire intitulé : *De l'excessive mortalité des enfants de la naissance à un an, ses causes et ses remèdes.* Voici les conclusions de ce mémoire :

« De l'étude à laquelle je viens de me livrer, je crois devoir conclure que la plus grande masse du lait commercial vendu à Paris ne peut remplir les conditions indispensables à l'alimentation de la croissance à un an, qu'il ne se digère pas de la même façon que le lait de la mère, qu'il détermine de la diarrhée infantile ou alimentaire, et que cette maladie est la cause dominante de l'énorme excédant de la mortalité. Par toutes ces voies, nous sommes une fois de plus conduits à affirmer l'opinion, que j'ai depuis longtemps défendue et qui, du reste, est généralement admise aujourd'hui : qu'il convient de faire de continuels efforts pour revenir exclusivement, sauf de rares exceptions, à l'allaitement maternel, non-seulement à Paris, maispartout. »

DISCUSSION.

M. J. Guérin est d'accord avec M. Bouchardat sur l'énorme mortalité des enfants élevés au biberon, mais il se demande si cette mortalité ne tient pas en grande partie à ce qu'on néglige d'accommoder ce lait de vache à l'estomac des petits enfants. Très-souvent la cause des diarrhées qui surviennent en pareil cas, c'est la trop grande concentration ou la trop grande quantité du lait de vache qu'on leur fait prendre. En coupant ce lait avec de l'eau un peu

sucrée, en laissant reposer l'estomac de l'enfant pendant six ou sept heures, on fait disparaître les selles diarrhéiques *très-vertes* qui résultaient de la surcharge de son estomac.

M. Bouchardat admet l'influence de cette double cause de diarrhée chez les gens riches qui se procurent du lait nouveau et de bonne qualité. Mais, chez les pauvres, ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Au contraire, le lait qu'ils se procurent dans le commerce est déjà écrémé, étendu d'eau, souvent de la veille et à demi fermenté.

M. Bouchardat fait l'éloge de la méthode étiologique qu'il emploie, dit-il, dans toutes les questions d'hygiène pour arriver à des résultats définitifs et certains. S'agit-il d'une profession ? Il commence par se demander si ceux qui exercent cette profession présentent une mortalité plus élevée que la moyenne, puis à quelles maladies tient cette mortalité, puis à quelles causes il convient de rattacher ces maladies. Telle est la série de questions qu'il s'est posées quand il s'est agi de la mortalité infantile, et, voyant que cette mortalité était plus forte pendant les temps chauds, il en a conclu à la fermentation du lait donné aux enfants.

M. Jules Guérin est heureux de voir priser les avantages de la méthode étiologique, qui est, en effet, toujours la bonne en médecine. Mais il ne suffit pas de rechercher les causes. Il faut savoir tenir compte de toutes, sans en négliger aucune. Or, M. Bouchardat, lui, paraît avoir négligé une de ces causes en ce qui touche la diarrhée infantile chez les pauvres. Très-souvent la fatigue d'estomac serait produite par l'usage prématuré d'aliments autres que le lait.

COMMUNICATION.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à l'Académie dans le mois d'octobre de l'année dernière une femme à laquelle il avait enlevé, au mois d'avril, toute la portion sus-vaginale de l'utérus, y compris les deux trompes. Cette femme ayant eu ses règles antérieurement au mois d'octobre, malgré l'ablation qu'elle avait subie, plusieurs membres de l'Académie, et en particulier M. Jules Guérin, manifestèrent le désir de savoir si la menstruation se continuerait chez elle. Eh bien, elle n'a pas cessé d'être parfaitement régulière. Un calendrier sur lequel en furent notées toutes les phases montre que les règles sont revenues tous les mois, avançant un peu, et ont duré, chaque fois, de

trois à quatre jours. Les fonctions sexuelles se sont également bien conservées chez cette femme. C'est, du reste, à peu près la règle en pareil cas, quand on conserve les ovaires tout en enlevant la plus grande partie de l'utérus. Le molimen hémorrhagique se fait sur la petite portion d'utérus qu'on a conservée (chez cette femme, on s'est assuré à l'aide du spéculum que le sang était bien fourni par le reste du col utérin).

Quand les deux ovaires sont enlevés, il en est encore de même quelquefois. Ainsi M. Tillaux, ayant eu à faire l'ablation de ces organes chez deux malades, depuis l'année dernière, a vu les règles se reproduire chez l'une d'elles, une jeune fille de vingt-trois ans. Mais alors il n'est pas très-rare que la menstruation s'arrête au bout de quelques mois.

La séance est levée. (*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS PAR LE THERMOCAUTÈRE.

M. Guéniot lit un rapport sur une observation présentée par M. Eustache et qui est relative à un cas d'amputation, par le thermocautère, du col de l'utérus allongé.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans mariée depuis cinq ans, n'ayant pas eu d'enfants et qui présentait un cas typique d'allongement non hypertrophique du col utérin. Le museau de tanche faisait saillie à la vulve sous forme d'un cylindre de 9 centimètres de profondeur. La situation du reste du col et du corps de l'utérus était d'ailleurs normale. La sonde utérine s'enfonçait de 14 centimètres. M. Eustache fit avec le thermocautère l'excision de la partie exubérante ; il trouva, dans cette opération, des difficultés inattendues, telles, par exemple, que le dégagement d'une fumée épaisse qui cachait tout et l'obligea à s'interrompre à sept reprises différentes. L'opération ne dura pas moins de quarante minutes. Depuis, la malade n'a pas encore eu de grossesse, mais les règles sont devenues

faciles et non douloureuses, le cathéter entre librement, et il n'y a pas eu de rétrécissement consécutif.

M. Eustache conclut que le thermocautère est un instrument défectueux quand il s'agit d'amputer le col de l'utérus. C'est aussi l'avis de M. Guéniot, qui lui préfère l'écraseur linéaire.

Il propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans les archives.

M. Trélat. Ces amputations du col utérin doivent être faites avec un ligateur quelconque et de préférence avec l'anse galvanocaustique. Quant au thermocautère, il faut n'avoir pas l'expérience de cet instrument ni de l'organe en question pour l'employer en pareil cas.

M. Desprès. C'est de la mauvaise chirurgie que d'enlever des tumeurs de la bouche ou du vagin avec le thermocautère ; on s'expose ainsi à des brûlures étendues. J'ai fait deux fois l'amputation du col de l'utérus allongé. Ces allongements non hypertrophiques du col sont excessivement rares ; on sait qu'il y a des allongements intermittents que M. Huguier a bien fait connaître ; je n'ai opéré que les allongements permanents. La saillie formée par le col allongé ne constitue généralement pas une boule ; il se présente en bec de flûte. J'ai employé l'anse galvano-caustique avec une modification de M. Collin qui l'a montée en écraseur. Je me sers, pour cette opération, du spéculum américain et fais coucher la femme sur le côté. On a ainsi une très-grande place. Il n'y a presque pas de fumée et l'on n'a pas de sang. Pas de fumée, pas de sang, pas de cautérisation de voisinage : tels sont les grands avantages de l'anse galvanique sur l'écraseur linéaire lui-même qui détermine parfois des contusions dangereuses et de très-vives douleurs. J'ai enlevé par ce procédé des épithéliomas limités du col.

M. Lucas-Championnière trouve M. Trélat un peu sévère pour le thermocautère. Il a employé les ciseaux du thermocautère pour l'ablation d'un col utérin allongé ; il n'a presque pas eu de fumée et s'est très-bien trouvé de cet instrument dans ce cas.

M. Trélat. Il y a trois variétés types d'hypertrophie du col utérin : le col conique, l'hypertrophie dans laquelle la lèvre postérieure seule s'est développée en forme de battant de cloche, enfin le col en forme d'assiette avec un large orifice. M. Desprès commet donc une erreur quand il n'admet qu'une seule variété. Il faut, pour opérer ces tumeurs, recourir aux instruments constricteurs. L'anse galvano-caus-

tique ne produit pas de fumée, parce que la surface de combustion est très-limitée et qu'en outre sa température est relativement peu élevée. Les ciseaux du thermocautère, qui ont été précisément construits à mon incitation par M. Collin, sont un bon instrument, mais qui ne convient qu'à certains cas d'allongement du col.

M. Marc Sée. C'est être un peu sévère que de condamner le thermocautère pour toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche ou dans la cavité vaginale. Jamais il n'y a assez de fumée pour cacher le champ de l'opération et on peut très-bien se servir du thermocautère pour pratiquer des opérations dans les cavités buccale ou vaginale. La chaîne de l'écraseur se déplace, glisse le long du col et peut être portée, par mégarde, assez haut pour ouvrir le péritoine, comme cela est arrivé plusieurs fois. Le galvanocautère peut très-bien servir, mais il faut songer aux suites possibles de l'opération et particulièrement à un rétrécissement ou même à une obstruction se produisant consécutivement. C'est pour toutes ces raisons que je préfère encore l'excision avec le bistouri.

M. Maurice Perrin. Je ne m'associe en aucune façon à la manière de voir de M. Després au sujet de l'emploi du thermocautère dans la cavité buccale. Je m'en suis servi un assez grand nombre de fois pour l'ablation d'épithéliomas de la langue et m'en suis toujours très-bien trouvé.

M. Després. Il ne faut pas confondre l'hypertrophie pure et simple avec l'allongement hypertrophique du col. C'est de ce dernier seul que j'ai voulu parler en disant qu'il affectait de préférence la forme en bec de flûte.

Jamais l'emploi de l'anse galvanique n'a, comme semble le craindre M. Marc Sée, déterminé de rétrécissement consécutif. Quant au thermocautère, je persiste à le condamner ; on a vu des gangrènes du vagin se produire à la suite de son emploi. Un malade amputé de la langue par Dolbeau avec le thermocautère a failli succomber le soir même à l'asphyxie, et on dut lui pratiquer la trachéotomie.

M. Le Dentu. Quand on se sert de l'instrument tranchant, dans les cas dont il vient d'être question, on peut avoir des hémorrhagies considérables ; c'est ainsi qu'en sectionnant un col conique avec une paire de ciseaux, j'ai eu une hémorrhagie très-sérieuse qui a nécessité le tamponnement. Jamais je n'aurai recours à l'instrument tranchant pour ces sortes d'opérations. C'est à l'anse galvanique qu'il faut, je crois, donner la préférence.

J'ai fait construire des aiguilles spéciales destinées à fixer la chaîne de l'écraseur au point même où elle est appliquée. Ces aiguilles m'ont rendu quelques services. Je les présenterai à la Société.

Pour la langue, l'anse galvano-caustique ou mieux encore l'écraseur linéaire me paraissent préférables au thermocautère.

M. Guéniot n'a rien à ajouter aux réflexions de ses collègues, si ce n'est que tous les procédés d'amputation du col, quels qu'ils soient, les rétrécissements et surtout les obstructions du col, sont tout à fait exceptionnels.

M. Trélat. La Société est d'accord sur ce fait qu'il faut recourir à des procédés hémostatiques pour l'ablation du col.

Les conclusions du rapport de M. Guéniot (remerciements et dépôt dans les archives) sont adoptées sans discussion.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

M. Sainton communique une observation intitulée :

HOPITAL DE LARIBOISIÈRE.

Service de M. Léon Labbé.

PÉRITONITE CHRONIQUE AIGUE A LA SUITE D'UN REFROIDISSEMENT ET DE L'ARRÊT BRUSQUE DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL.

La nommée Bour (Elisa), âgée de vingt ans, blanchisseuse, entrée le 24 janvier 1880, salle Sainte-Jeanne, n° 21.

Cette malade, accouchée le 28 décembre, entre dans le service pour un abcès volumineux du sein droit, qui a débuté quinze jours auparavant, après qu'elle eut sevré brusquement son enfant.

26 janvier. Incision, pansement de Lister.

5 février. Un nouvel abcès de petite dimension se forme au-dessous de l'autre, s'accompagnant de quelques frissons, de fièvre, d'élnace-

ments aigus, et s'ouvre spontanément. Peu de jours après on constate que ce nouveau foyer communique avec l'ancien.

Tout se passe les jours suivants d'une manière satisfaisante, et dès le commencement de mars la cicatrisation était achevée.

Pendant son séjour, la malade avait présenté des symptômes non équivoques d'hystérie : attaques convulsives, dyschromatopsie, etc.

Le 21. Les règles s'étaient montrées sans symptômes particuliers.

18 mars. Retour de l'époque menstruelle.

Le 19. La malade reste longtemps assise en plein air, prend froid et voit l'écoulement sanguin se suspendre. Le soir elle se plaint de malaise, elle a quelques frissons ; en se couchant elle tombe presque en syncope. La nuit suivante est assez bonne.

Le 20. Le lendemain matin, elle continue à se plaindre d'une faiblesse telle qu'elle ne peut s'asseoir sur son lit sans défaillir.

Le soir elle a encore des frissons et commence à souffrir du ventre.

Le 21. Au matin, on la trouve dans un état grave; toute la nuit elle s'est plainte de violentes douleurs dans l'abdomen. Le facies est très-altéré ; le ventre est ballonné, très-douloureux à la pression surtout dans l'hypogastre, et la fosse iliaque droite est aussi le siège de douleurs spontanées très-vives et presque incessantes. Des vomissements se sont montrés vers six heures du matin et se sont reproduits plusieurs fois depuis lors ; ceux que nous voyons sont verts, bilieux. La malade est couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies.

Le palper abdominal, très-pénible, ne fournit aucun renseignement. Le toucher vaginal est médiocrement douloureux, et le doigt ne constate l'existence d'aucune tumeur dans les culs-de-sac, ce qui éloigne l'idée d'hématocèle rétro-utérine qui s'était présentée tout d'abord.

L'appétit est nul, la soif vive, la langue sèche. Depuis trois jours il n'y a pas eu de garde-robes. Le pouls est petit et rapide : 120. La température axillaire est de 40.

On prescrit vingt-cinq sangsues à l'hypogastre, une potion de Todd, et 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Ces différents symptômes persistent avec toute leur intensité pendant cette journée. Le soir, la température est de 40,4 et le pouls est à 124. Toutes les boissons sont vomies. Glace à l'intérieur.

Le 22. Chute notable de la température (38°). Le ventre, encore

tendu, est cependant moins douloureux spontanément et à la pression. Les vomissements sont moins fréquents ; dans leur intervalle la malade se plaint de nausées incessantes. Pouls 108.

Le soir, T. 39,8 ; pouls 128, quelques vomissements dans la journée.

Le 23. Matin, T. 39,6 ; pouls 140. Le ballonnement est plus marqué ; les douleurs abdominales toujours vives sont plus généralisées. Les vomissements sont un peu plus rares ; la constipation persiste, l'altération des traits est plus prononcée.

Soir, T. 39 ; pouls très-petit, 138. Les extrémités, le nez sont froids, les lèvres sont cyanosées. La respiration est fréquente, pénible, presque exclusivement costale. L'examen de la poitrine ne fournit que des résultats négatifs.

Le 24. Matin, T. 38,8 ; pouls 144. La prostration paraît un peu moins considérable ; la malade accuse des douleurs moins vives. Mais le ventre est fortement météorisé, les vomissements ont cessé, mais la soif est toujours très-vive, la langue très-sèche. Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement.

Soir, T. 39,8 ; pouls 144. La malade est de nouveau tombée dans une grande prostration ; elle est secouée par un hoquet continuel. Les traits sont de plus en plus altérés ; les extrémités sont froides.

Le 25. État de plus en plus grave. Des vomissements bilieux se sont de nouveau montrés pendant la nuit. T. 39 ; pouls filiforme, 144.

Le soir, la respiration est très-fréquente, le pouls insensible, la peau couverte d'une sueur froide. T. 39,2.

Mort dans la nuit.

Autopsie. La cavité péritonéale contient au moins un litre de pus verdâtre, bien lié, nullement mélangé de sang.

La séreuse est fortement injectée dans presque toute son étendue ; des fausses membranes, minces, peu adhérentes, verdâtres comme le pus, sont étendues à la surface des anses intestinales qu'elles agglutinent légèrement entre elles.

La muqueuse de l'intestin est saine dans toute son étendue.

L'utérus a un volume normal ; sa muqueuse est entièrement saine ; la cavité des trompes ne renferme pas de pus ; les ovaires sont également intacts ; l'ovaire gauche présente seulement un follicule de Graaf plein de sang, du volume d'une noisette. On ne découvre aucune goutte de pus dans l'épaisseur des ligaments larges. En aucun point de la surface de ces différents organes on ne rencontre de

fausses membranes. Le cul-de-sac recto-utérin ne contient nulle trace d'épanchement sanguin.

Les veines utéro-ovariennes sont absolument saines ; on ne trouve aucun vaisseau lymphatique enflammé. Les ganglions lombaires sont intacts.

Le foie est volumineux, congestionné.

La rate est normale.

Les reins, un peu augmentés de volume, présentent les lésions de la néphrite légère qui accompagne généralement les péritonites graves.

Les cavités pleurales sont libres de tout épanchement. A droite existent quelques adhérences faciles à rompre.

Le poumon gauche est sain. Le poumon droit présente dans son lobe inférieur une congestion assez intense.

Le cœur est normal ainsi que le cerveau.

Dans le sein droit, à la coupe d'un noyau scléreux qui occupe la place des abcès, on trouve une petite cavité de 3 ou 4 centimètres de diamètre, à parois lisses, contenant quelques grammes de pus séreux.

Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est l'obscurité des circonstances étiologiques qui ont présidé au développement de cette péritonite aiguë; c'est l'absence de lésions dans les nombreux organes que recouvre le péritoine, et qui sont le point de départ habituel des inflammations de cette séreuse.

On ne peut songer à l'infection purulente, puisque les abcès étaient guéris, et que, d'ailleurs, on n'a trouvé nulle part les lésions ordinaires de la pyohémie.

Il est peu admissible qu'il s'agisse ici d'une péritonite albuminurique : ce n'en est guère la marche, puisque, dans la grande majorité des cas, cette péritonite est latente ; de plus, et surtout, les lésions rénales chez notre malade paraissaient très-légères, de date récente, et doivent être regardées comme consécutives.

La puerpéralité n'est pas en cause, puisque la malade était accouchée depuis près de trois mois, que les règles s'étaient montrées deux fois, et enfin que la réparation de la muqueuse utérine était complète.

Il faut donc admettre une péritonite primitive qui paraît s'être développée sous l'influence d'un refroidissement pendant l'époque menstruelle et de l'arrêt brusque de l'écoulement sanguin.

M. Peter. J'ai eu l'occasion, étant interne, de voir une malade atteinte d'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Le chirurgien de l'hôpital de la Charité, dans le service duquel cette femme se trouvait, fit l'opération.

Tout marcha bien pendant vingt-quatre heures. Mais cinq jours après, il se déclara une péritonite purulente qui emporta la malade. Notez qu'on n'avait touché que la portion intra-vaginale du col. A l'autopsie, nous constatâmes la péritonite, mais aucune altération de l'utérus. L'opération a été le point de départ de la péritonite ; mais par quelle voie l'inflammation s'est-elle propagée au péritoine ? C'est là un point qu'il nous a été impossible de résoudre.

La conclusion, c'est que l'utérus est parfois un *noli me tangere*. Souvent il suffit d'y toucher pour déterminer une péritonite, bien que l'on ne puisse saisir le lien qui relie la lésion du col à l'inflammation du péritoine.

M. Carrière. Étant interne chez M. Huguier, j'ai observé un cas à peu près analogue. On pratiqua une légère cautérisation avec l'acide sulfurique sur un col utérin présentant quelques varices. Trois jours après la malade mourut de péritonite. Or on ne trouva absolument rien qui pût expliquer le développement de cette péritonite.

M. Delens. Je crois que la péritonite adhésive est un fait assez fréquent à la suite de l'amputation du col de l'utérus. Chassaignac pratiquait cette opération au cas de prolapsus utérin. Or voici ce qu'il nous fut donné d'observer chez une femme morte en 1864 et sur laquelle Chassaignac avait fait l'amputation du col utérin quelques années auparavant. Nous trouvâmes une péritonite adhésive qui immobilisait l'utérus. Il est probable que c'est par l'intermédiaire de cette péritonite adhésive et localisée que se fait la guérison du prolapsus utérin après l'amputation du col. Je suis donc porté à croire que cette péritonite est fréquente et qu'elle est une des conditions du succès de l'opération. Mais il n'en est pas moins vrai que la péritonite peut se généraliser et devenir purulente. Toutefois j'ajoute que, sur bon nombre de cas que j'ai observés dans le service de Chassaignac, je n'ai pas vu de complications aussi redoutables.

M. Peter. Il suffit quelquefois des premiers rapprochements sexuels pour déterminer des pelvipéritonites ; je pense que, dans ces cas, l'hypérémie du col de l'utérus peut être le point de départ de phlegmasie péritonéale grave.

M. Delens fait une communication sur un cas d'*hématocèle survenue dans le cours d'une tumeur de l'ovaire.*

Il s'agit d'une femme de trente ans; cette femme, accouchée il y a un mois, avait remarqué, au début de sa grossesse, qu'une tumeur se développait du côté gauche de l'abdomen. Après ses couches, elle vient dans mon service pour se faire traiter de cette tumeur.

La tumeur remplissait l'abdomen ; elle présentait des parties molles et d'autres parties au contraire très-dures ; je pensai à un cysto-sarcome de l'ovaire, et je me proposais de faire une ponction lorsque la malade succomba à la suite d'une syncope. Je supposais que cette syncope avait été déterminée par une hémorrhagie. En effet, à l'autopsie, nous trouvâmes une hémorrhagie intra-abdominale très-abondante. La tumeur était bien en réalité un sarcome encéphaloïde; il est probable que c'est la rupture d'un des vaisseaux de cette tumeur qui a été la source de l'hémorrhagie.

M. Rendu. J'ai eu l'occasion de voir une femme atteinte de corps fibreux utérins et chez laquelle il se fit une hématocèle rétro-utérine. La malade guérit à la suite de l'ouverture spontanée de l'hématocèle dans le rectum. (*La France médicale.*)

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

Séance du 11 août 1880.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

PRÉSIDENCE DE M. W. S. PLAYFAIR.

Le sujet en discussion est de l'*hémostase dans les hémorrhagies utérines.*

M. Atthill a été témoin de l'efficacité de la térébenthine de Chio, préconisée par le D[r] John Clay (de Birmingham), surtout dans l'épithéliome du col ; il donne chaque jour huit pilules contenant chacune trois grains (18 centigr.) de térébenthine et deux grains (12 centigr.) de soufre ; peut-être l'essence de térébenthine produirait-elle le même effet ? — Il pense que l'injection de perchlorure de fer dans l'utérus n'est pas exempte de danger, et que l'injection d'eau chaude (110°

Fahrenheit) n'en présente aucun. Dans les cas de corps fibreux, c'est l'ergot de seigle en injection hypodermique qui lui semble de beaucoup préférable.

M. Routh (Londres) a d'abord obtenu des succès avec la térébenthine de Chio, mais il n'en a plus obtenu une fois que la térébenthine qu'il avait tout d'abord a été épuisée; celle qui lui a été fournie depuis, dans le commerce, étant un produit tout à fait différent. Quant à l'injection de perchlorure de fer, il pense que, si le col a été dilaté auparavant, de façon à permettre le libre écoulement du liquide, il n'y a aucun danger. Le Dr Chiari (de Vienne) a prouvé, sur des femmes qui venaient de mourir, que, tant que les fibres utérines ont conservé leur contractilité, il est impossible de faire pénétrer dans les trompes un liquide, quelle que soit la force employée pour l'injection.

M. Roden (Droitwich) recommande, contre les hémorrhagies *post partum,* la compression au moyen d'un tampon à air fixé avec une ceinture, ou d'un pessaire en caoutchouc que l'on insuffle, de façon à lui donner à peu près les dimensions d'une tête de fœtus.

M. Aust Lawrence (Clifton) a arrêté l'hémorrhagie avec la térébenthine de Chio dans deux cas de cancer utérin. — Dans un cas *post partum* avec le perchlorure de fer.

M. Murphy (Sunderland) donne la préférence, dans les hémorrhagies *post partum,* à la pression faite sur l'utérus par la main du chirurgien, en ayant soin de débarrasser l'utérus des caillots qu'il contient.

M. Bennett (Menton) s'est toujours bien trouvé du tamponnement du col avec de petites boulettes d'ouate.

M. Gervis (Londres) reconnaît à la térébenthine de Chio une grande valeur comme styptique, mais elle n'a aucune action sur la douleur et produit souvent des nausées.

M. Baileg (Londres) a souvent fait un heureux usage des tampons d'ouate, et de l'ergot de seigle en injection, la térébenthine de Chio est, en même temps qu'un précieux hémostatique, un bon stimulant.

M. Grigg (Londres) a essayé la térébenthine de Chio dans plusieurs cas de cancer, sans aucun résultat; dans les hémorrhagies *post partum*, il préfère la compression de l'aorte au moyen de l'instrument de Dawy; il a obtenu de bons résultats avec le tannin et le bromure de potassium; l'acide chromique lui a paru préférable au perchlorure de fer.

M. Macnaughton Jones (Cork) pense que les hémorrhagies *post partum* seraient moins fréquentes si on prenait plus de soin de faire l'expression du placenta, et la compression de l'utérus avec la main pendant quelque temps. — Il se sert de l'ergotine de Bonjean, il a eu quelques abcès lorsqu'il l'injectait dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais depuis qu'il l'injecte dans les muscles fessiers cet accident ne s'est pas reproduit. — Dans deux cas d'épithélioma du col, la térébenthine de Chio vient d'arrêter l'hémorrhagie et d'apaiser la douleur; il est vrai que d'autres remèdes avaient été employés simultanément.

M. Bunting (Tottenham) a vu l'électrisation réussir alors que tout autre moyen avait échoué.

MM. Herman, Fitzpatrick et Henry Bennett exposent eux aussi les résultats que leur a donnés l'emploi de ces différents traitements.

M. Playfair, président, résume la discussion et se déclare énergiquement en faveur de l'expression du placenta ; il ne croit pas que la térébenthine de Chio soit appelée à une meilleure fortune que les autres remèdes préconisés jusqu'à présent contre le cancer.

M. Henry Bennett lit un travail sur les fâcheuses conséquences de *l'inflammation chronique de l'utérus ;* il insiste sur tous les troubles des fonctions génitales, ou même de la santé générale, qui peuvent être produits par cette affection, et s'étonne que la plupart des spécialistes ne lui accordent pas plus d'attention.

M. Byrne (Dublin) reproche au Dr Bennett de voir toujours de l'inflammation chronique là où il n'y a aucune inflammation, et des ulcérations du col là où la matrice est parfaitement saine : c'est là, dit-il, une tendance de la vieille école, qui a pris naissance dans l'abus de l'examen au spéculum, et contre laquelle on ne saurait trop réagir.

MM. Donovan, Fitzpatrick, Gervis, prennent la défense des opinions du Dr H. Bennett.

M. Graily Hewitt (Londres) pense que tout ce que l'on a attribué à l'inflammation chronique est dû, ainsi que l'a découvert Copeman (de Norwich), à des versions ou à des flexions anormales de l'utérus, et que dès que celui-ci a été rétabli dans sa position ou dans sa forme, tous les accidents disparaissent immédiatement. MARIE.

(*Le Progrès médical.*)

REVUE DE LA PRESSE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. (M. GOSSELIN.)

TUMEUR SQUIRRHEUSE DU SEIN ; ABLATION.

J'ai opéré samedi dernier, d'un squirrhe du sein, une femme âgée de cinquante-neuf ans, que vous avez vue ce matin au lit nº 17. Sa tumeur datait de deux ans. Elle avait présenté une marche assez lente sans trop de souffrances jusque dans ces derniers temps ; mais depuis quelques semaines elle s'était hypérémiée, enflammée, et la peau, d'une température un peu plus élevée que d'habitude, s'était amincie et vascularisée ; elle commençait à devenir adhérente à la tumeur et tendait à s'ulçérer.

Le processus et les symptômes actuels ne me laissaient aucun doute sur le diagnostic et ne permettaient pas de confondre avec un adénome du sein une tumeur en réalité de mauvaise nature, comme vous pourrez le constater, après cette leçon, en examinant la pièce que j'ai devant moi.

C'est pourquoi j'ai cru devoir en débarrasser notre malade dès maintenant, malgré la présence de quelques ganglions engorgés, — ceux-ci, il est vrai, sont encore peu malades et peu douloureux, — et malgré la crainte d'une récidive toujours à redouter dans les cas de tumeur squirrheuse du sein.

Mais j'ai hâte d'ajouter qu'en raison de l'âge de la malade, en raison de la marche tout à fait lente de l'affection depuis le début, je puis espérer que cette récidive, si tant est qu'elle ait lieu, ne surviendra pas immédiatement, et qu'elle présentera dans son processus la même lenteur, évoluant seulement en un ou deux ans, voire même peut-être en trois années.

L'opération, réussissant sans aucun accident, donnera donc à notre

malade, si ce n'est une guérison absolue, au moins quelque répit, une période calme et tranquille d'une certaine durée.

La tumeur que vous voyez ici n'est point diffuse, mais très-circonscrite et sans aucune ramification apparente ; elle est constituée par un noyau parfaitement net, du volume d'un petit œuf de poule, environné d'une masse de graisse assez considérable, si ce n'est du côté de la peau où elle a disparu, la tumeur étant devenue sous-cutanée.

La glande mammaire est atrophiée ; la peau n'est pas encore cancéreuse, mais seulement amincie, enflammée, vascularisée et en voie d'ulcération.

La tumeur est très-dure, et, si l'on vient à l'inciser, sa surface intérieure donne, soit à la pression, soit en la raclant avec un scalpel, une bouillie abondante d'un aspect grisâtre. Elle présente dans une partie de son étendue une certaine vascularisation, visible à l'œil nu, et en rapport, comme importance, avec celle qui se fait à la peau, vascularisation qui ne commence à se produire que lorsque la tumeur est sur le point de s'ulcérer.

Quant aux cellules dont elle est formée, les unes sont arrondies, les autres polygonales ; elles n'offrent aucun des caractères du sarcome, mais bien ceux d'une tumeur squirrheuse.

L'érysipèle, qui était l'une des complications que l'on redoutait le plus autrefois à la suite de l'ablation d'une tumeur du sein, est aujourd'hui beaucoup plus rare et moins grave en raison du mode d'opération et de pansement auquel on a recours.

Chez notre malade, j'ai fait une opération mixte ; j'ai d'abord incisé les tissus au moyen du thermocautère qui, en escharifiant la peau, permet d'éviter l'ouverture du réseau capillaire ou plutôt en obture les vaisseaux, au fur et à mesure qu'il les ouvre, par la coagulation du sang dans les capillaires et de la lymphe dans les lymphatiques de la peau. Le thermocautère diminue ainsi d'autant les chances d'érysipèle ; je ne dis pas qu'il les supprime, car malheureusement nous voyons encore ces accidents se produire de temps en temps.

Après cette première opération, au moyen du bistouri j'ai disséqué la tumeur, l'isolant peu à peu, avant d'en faire l'ablation. Dans ce second temps, j'ai bien ouvert forcément quelques vaisseaux capillaires ; mais, ceux-ci n'appartenant pas au réseau cutané qui est le point de départ de l'érysipèle, leur ouverture n'offre plus les mêmes dangers.

Quant au pansement, si les chirurgiens sont tous d'accord pour

recourir aux moyens antiseptiques, cependant une assez grande divergence existe entre eux lorsqu'il s'agit de savoir si l'on procédera ou non à l'occlusion de la plaie.

La question n'est pas jugée pour tous, et chacun adopte de préférence le parti qui lui est indiqué par ses propres observations. Les uns considèrent comme plus avantageux de réunir la plaie par première intention au moyen de points de suture, en conservant seulement la place nécessaire pour le passage d'un drain posé au fond de la plaie. Les autres préfèrent laisser la plaie ouverte.

Je dois ajouter que les résultats de l'un et l'autre procédé varient selon les localités, selon le milieu où l'on opère, enfin selon les races. C'est ainsi qu'en Angleterre la méthode par réunion immédiate donnerait d'excellents résultats, et les plaies du sein s'y cicatriseraient dans l'espace de quinze à vingt-cinq jours, sans érysipèle et avec très-peu de suppuration.

J'ai employé, comme tous mes collègues des hôpitaux de Paris, le pansement de Lister ; j'ai eu quelques érysipèles ; mais tous, restés bénins, étaient plutôt ce que j'ai appelé des érysipéloïdes que de véritables érysipèles. De plus, si mes sutures se réunissaient bien sur une certaine étendue, cependant elles laissaient presque toujours derrière elles une suppuration abondante, malgré la présence d'un drain maintenu dans la plaie pendant trois, quatre et quelquefois même cinq semaines.

Ce drain doit être, préalablement à son introduction, trempé dans l'huile phéniquée, afin que cet antiseptique puisse pénétrer partout jusque dans les points les plus reculés.

Mais la guérison rapide des plaies du sein a toujours été pour moi un fait exceptionnel. Aussi, après avoir expérimenté à maintes reprises le pansement de Lister, me suis-je remis au pansement à ciel ouvert, et jusqu'à ce jour je m'en suis bien trouvé. Mais je m'y suis remis en cherchant surtout à modérer le travail inflammatoire par l'emploi de certains topiques, d'abord en pulvérisant chaque jour la plaie avec l'acide phénique au vingtième, puis en recouvrant ses bords d'alcool, d'acide phénique au quarantième ou même seulement au cinquantième, ou mieux encore d'eau-de-vie camphrée.

Le grand avantage de ces substances antiseptiques est de rendre l'inflammation lente, sourde, comme larvée, exclusivement locale, en coagulant le sang dans les capillaires, en évitant par suite toute putridité de la plaie au contact de l'air, en permettant enfin une cica-

trisation régulière sans réaction ni accidents érysipélateux, sans le dégagement de ces mauvaises odeurs qui font redouter l'absorption des matières purulentes et la septicémie.

Chez la malade que j'ai opérée avant-hier, j'ai appliqué un pansement à l'eau-de-vie camphrée, pansement que j'ai recouvert d'une cuirasse de tarlatane sèche, préparée selon les préceptes de Lister. Je n'emploie jamais la tarlatane humide pour ne pas mouiller la poitrine, ce qui peut avoir de sérieux inconvénients.

Je continue le même pansement pendant cinq ou six jours environ, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une suppuration modérée se soit établie, jusqu'à ce que la surface de la plaie ne saigne plus, mais commence à prendre l'aspect granuleux, par suite ne me laisse plus redouter quelque résorption putride. Dès que cette suppuration est régulièrement établie, je modifie mon pansement antiseptique en mélangeant mon eau-de-vie camphrée ou mon alcool d'acide phénique au deux centième seulement, traitement que je continue jusqu'à parfaite cicatrisation.

En résumé, je ne critique pas absolument l'occlusion des plaies par des sutures, mais à l'hôpital je suis plus sûr des résultats par mon pansement à ciel ouvert. C'est, je le répète, une question de milieu, une question de localité.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. (M. LE DENTU.)

KYSTE DU VAGIN.

I. Nous allons opérer une femme, âgée de trente-cinq ans, placée dans la salle Sainte-Marthe et qui porte au niveau de l'orifice du vagin une tumeur faisant saillie en dehors de la vulve. Cette tumeur est pédiculée et se rattache à la paroi postérieure du vagin sur laquelle elle prend insertion. A son sommet, on voit un petit orifice par lequel on fait sourdre du pus. Sa consistance y est assez dure ; elle paraît formée d'un noyau assez mollasse de tissus se laissant

déplacer. En arrière, elle est plus molle, et, à son pédicule, la mollesse est encore plus grande.

Disons de suite que la tumeur n'a aucune relation avec l'utérus; son pédicule n'est guère au-dessus de la moitié inférieure du vagin. Quant à ses relations avec un renversement du rectum, le doigt, introduit dans l'anus, n'en a point la perception; généralement, la rectocèle fait une sorte de bourrelet transversal, gardant sa forme étalée, moitié sphérique et non pédiculée; ici, la muqueuse du rectum suit un peu le vagin, mais c'est parce qu'elle est attirée par les parois de celui-ci, elle ne présente pas de dépression proprement dite.

Par la fistule du sommet de la tumeur, nous avons introduit un stylet qui a pénétré dans une cavité; il s'agit donc d'un kyste du vagin. On voit assez souvent se produire ce genre de tumeur dans le cul-de-sac du vagin par la dilatation d'une glande et l'accumulation du liquide. Ces kystes peuvent rester assez petits; ils siègent ordinairement à l'orifice du vagin et sur la paroi postérieure (j'en ai déjà vu quatre exemples). Dès qu'ils atteignent la grosseur d'une amande, ils forment une petite saillie à l'orifice du vagin, le liquide visqueux qu'ils renferment leur donne une coloration particulière, une coloration bleuâtre des parois comme celle des kystes de la mamelle. Il peuvent rester stationnaires.

Depuis quelque temps, la tumeur de notre malade a suppuré à la suite des frottements répétés entre les jambes; le pus a continué à sortir de la poche, mais la tumeur n'est guère douloureuse. La suppuration n'est d'ailleurs pas abondante.

L'extirpation est évidemment ce que nous devons actuellement pratiquer; si l'on voyait ces tumeurs à leur première période, au début, une injection irritante suffirait pour les détruire. Mais, quand elles sont déjà pédiculées, il faut les enlever. Je vais faire une incision de chaque côté de la tumeur, et je la disséquerai. Si je rencontre un artère, je la lierai avec un fil de catgut. Puis, le kyste enlevé, je régulariserai la plaie et ferai quelques points de suture.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE. — TRANSFORMATION PURULENTE DES CAILLOTS. — ÉVACUATION DANS LE PÉRITOINE. — MORT (1).

Par le docteur R. TROQUART, chef interne à l'hôpital Saint-André.

La veuve D..., âgée de trente-deux ans, douée d'une bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-André le 30 décembre 1879, dans le service du Dr Montalier (salle 8, lit 19).

Cette femme se plaint de douleurs abdominales vives et de pertes de sang assez abondantes. Elle a toujours eu des menstrues normales et régulières, a fait une fausse couche à l'âge de quinze ans, et depuis cette époque n'a jamais été enceinte. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a fait une chute sur le ventre, qui est devenu aussitôt douloureux et distendu puis des métrorrhagies sont survenues.

Lorsque nous examinons cette malade, nous constatons l'état suivant : Le ventre est augmenté de volume, douloureux à la pression ; il existe dans toute la région sous-ombilicale un empâtement profond, se manifestant par une résistance anormale qu'on rencontre sous les doigts sans pouvoir en préciser les limites. Au toucher vaginal on trouve l'utérus repoussé en avant ; le col est situé derrière le pubis et c'est à peine si le doigt peut atteindre le museau de tanche. Le cul-de-sac vaginal postérieur est effacé par la présence d'une énorme tumeur, qui refoule la paroi en avant ; par le toucher rectal, on trouve cette tumeur faisant saillie dans l'intestin.

La métrorrhagie, qui existe depuis quelques jours, n'a pas cessé. L'écoulement est continu, mais peu abondant. Les douleurs spontanées sont légères ; on n'observe aucun trouble du côté des voies digestives et circulatoires.

Chargé à ce moment du service du Dr Montalier, je diagnostique une *hématocèle péri-utérine* d'origine traumatique et prescris : potion à l'aconit, applications de deux vésicatoires sur l'abdomen ; repos absolu dans la position horizontale.

Le lendemain 31 décembre, les douleurs abdominales sont moindres ; la métrorrhagie a disparu.

Les jours suivants, le ventre diminue de volume ; on n'observe ni vomissements, ni constipation.

---

1. Travail communiqué à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans la séance de juin 1880.

L'état général est excellent.

21 janvier ; l'amélioration s'était maintenue jusqu'à ce jour ; la tumeur qui refoulait en avant la paroi vaginale postérieure avait sensiblement diminué sans se ramollir ; l'utérus avait repris sa position normale, et tout faisait espérer une guérison prochaine, lorsqu'on vit survenir un ensemble de symptômes généraux fort graves : fièvre continue (39), sècheresse de la langue, vomissements.

Le 22, en palpant le ventre de la malade, on constate l'existence d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite. Les règles devant apparaître à peu près à cette époque, on diagnostique la formation d'un nouvel épanchement sanguin survenu sous cette influence.

Le toucher vaginal permet de constater qu'aucune tumeur ne vient faire saillie sous la paroi, mais que l'utérus est immobilisé et refoulé à gauche.

Le traitement précédemment établi est institué de nouveau, on recommande spécialement à la malade le repos le plus absolu.

Le 23, la langue est toujours sèche et râpeuse ; la fièvre persiste ; l'ensemble des symptômes généraux nous fait craindre la transformation purulente des caillots.

Le 24, vers sept heures du matin, sans cause appréciable, la malade ressent tout à coup une douleur abdominale très-vive, pousse un cri et devient incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse. Elle succomba une heure plus tard.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons les traces évidentes d'une péritonite suraiguë, limitée à la moitié inférieure de cette cavité ; les anses intestinales, le péritoine pariétal sont injectés ; il y a, en outre, une certaine quantité de liquide séro-purulent épanché dans le petit bassin. Après avoir relevé le grand épiploon, on trouve une vaste poche contenant une grande quantité de liquide et située à gauche de l'utérus qu'elle refoule fortement du côté opposé.

Lorsqu'on exerce sur cette tumeur une légère pression, on voit sortir du pus par une ouverture située vers le sommet de la cavité. Il est évident que cette évacuation de pus dans le péritoine a été cause de la mort. Après ce premier examen, nous enlevons les organes génitaux internes et voici ce que nous trouvons : L'utérus est sain, de volume normal ; il ne contient pas de sang. Le ligament large droit présente une énorme tumeur liquide, dont l'ouverture donne lieu à l'écoulement de cinq cents à six cents grammes de pus environ. Les parois de la cavité sont constituées par l'écartement des feuiellts du ligament doublés à l'intérieur par une couche de fibrine

analogue à celle qui revêt les parois des poches anévrysmales. Vers la partie supérieure, on trouve une petite perforation qui permet l'épanchement de pus dans le péritoine.

La trompe du même côté est saine, non dilatée ; on parvient à peine à faire pénétrer un stylet de trousse par son orifice utérin.

Le plexus utéro-ovarien est très-dilaté ; la plupart de ses branches ont des dimensions telles qu'on peut facilement y introduire une sonde de gros calibre. Mais on ne trouve aucune déchirure, ni aucune communication avec le foyer hémorrhagique. Sur le ligament large gauche, on constate aussi les traces évidentes d'un deuxième épanchement sanguin. Celui-ci est constitué par un foyer plus petit que le précédent, situé plus bas et formé par deux petites cavités communiquant entre elles. Ces cavités sont remplies par des caillots ne présentant aucune trace de suppuration. La tumeur fait saillie dans le vagin dont elle refoule la paroi postérieure ; c'est celle dont nous avions reconnu la présence par le toucher.

Du même côté, on trouve le plexus utéro-ovarien sain ; mais la trompe présente des altérations remarquables. Elle est fortement déviée de sa direction normale, appliquée contre le bord externe de l'utérus, avec lequel elle a contracté des adhérences ; son pavillon est confondu dans un amas de fausses membranes au milieu desquelles il est difficile de le retrouver ; enfin, elle est fortement dilatée dans les trois-quarts externes de son étendue. Cette dilatation est telle qu'une grosse sonde pénètre jusqu'à 2 centimètres dans la cavité utérine ; en ce point les dimensions redeviennent normales, et c'est à peine si l'on peut introduire un stylet jusqu'à l'utérus.

Enfin, ce qui mérite d'appeler l'attention, c'est la large communication qui existe entre cette trompe dilatée et le foyer hémorrhagique ; ce foyer constitue comme une cavité surajoutée à la trompe distendue.

Cette observation nous paraît intéressante à deux points de vue qu'il est utile de faire ressortir :

1° *Le mode de terminaison de l'hématocèle.* — L'épanchement a donné lieu à la formation de deux foyers distincts, de volumes différents, dont le plus considérable, situé à droite, a suppuré et s'est ouvert dans le péritoine. S'il est assez fréquent de voir le pus se faire jour dans le vagin ou le rectum, l'évacuation dans la cavité péritonéale est une terminaison plus rare.

2° *La possibilité d'attribuer à chaque foyer une origine différente.* — A droite, en effet, nous trouvons une trompe saine, tandis que le plexus utéro-ovarien est très-sensiblement distendu, variqueux. Ne sommes-nous pas en droit de conclure que le sang provient de vaisseaux altérés, bien que la démonstration directe de ce fait ne soit pas possible?

A gauche, au contraire, tandis que le plexus utéro-ovarien est normal, nous constatons une altération de la trompe consistant dans une énorme dilatation et une disposition des parties telle que la cavité qui résulte de cette dilatation se continue directement avec le foyer hémorrhagique. Ne peut-on pas en conclure que le sang, s'écoulant lentement de la muqueuse tubaire, a donné lieu à un petit épanchement sanguin ; que cet épanchement a provoqué la formation de fausses membranes ayant englobé le pavillon, et qu'ainsi a été constitué ce foyer conique dont la trompe fait partie constituante? N'est-il pas probable que le sang, ayant pour point de départ le pavillon lui-même et limité vers le péritoine par les membranes de nouvelle ormation a dû refluer dans la trompe et en déterminer ainsi la dilatation progressive?

Ces conclusions étant admises, il en résulterait que la congestion des organes génitaux internes peut, chez une même femme, entraîner la rupture d'une des branches du plexus utéro-ovarien, en même temps que l'hémorrhagie de la muqueuse tubaire.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

GROSSESSE INTRA-OVARIENNE.

Par le docteur TALBOT.

Une dame de 38 ans, mariée depuis douze ans, avait toujours joui de la santé la plus florissante et avait eu trois accouchements normaux. A sa quatrième grossesse, on n'observa rien d'anormal jusqu'au quatrième mois. A l'approche du cinquième mois, elle commença à éprouver des douleurs spasmodiques dans l'abdomen ; en même temps, le côté gauche du ventre offrait un développement inusité. Vers le milieu de septembre le Dr Murphy, appelé en consultation, trouva l'utérus en retro-flexion et laissant facilement pénétrer la sonde dans une longueur de cinq pouces. La moitié gauche de l'excavation pelvienne était remplie par une tumeur ferme

et résistante. Comme la malade présentait la plupart des signes rationnels de la grossesse, on conclut à la probabilité d'une grossesse tubaire ou ovarienne. Aucune mèdication ne fut prescrite, à l'exception de suppositoires morphinés.

Quelques jours plus tard, un matin, le Dr Murphy fut appelé en toute hâte auprès de la malade. Il la trouva dans un état de prostration extrême, en proie à de violentes douleurs abdominales. Les extrémités étaient froides, la face pâle, la peau recouverte d'une sueur visqueuse, le pouls filiforme. En même temps se déclarèrent des vomissements opiniâtres, bientôt suivis de mort.

A l'autopsie, on trouva un abondant épanchement sanguin dans la cavité de l'abdomen. L'ovaire, énormément développé, était enkysté entre les feuillets de ligament large. La trompe de Fallope n'était pas augmentée de volume, comme cela arrive dans la grossesse tubuovarienne proprement dite. A travers la tumeur, le doigt reconnaissait facilement toutes les parties constituantes d'un fœtus de plus de quatre mois. En somme, il s'agissait bien là d'une grossesse intraovarienne, dans laquelle le fœtus était absolument développé par les éléments de l'ovaire. Une rupture s'était produite, et avait amené ainsi une hémorrhagie et une péritonite mortelles. L'utérus était augmenté de volume, sa muqueuse était fortement congestionnée ; mais l'examen le plus attentif n'y fit pas découvrir la moindre trace de caduque. (*Américan Journal of médical sciences, et Gaz. méd.*)

L'OPÉRATION DE PORRO. — STATISTIQUE GÉNÉRALE A CE JOUR.

Le docteur R. P. Harris, de Philadelphie, auquel nous avons emprunté déjà une magnifique statistique de l'opération césarienne aux États-Unis, vient de faire paraître un travail de même nature pour l'opération de Porro, qui depuis quelques années a tant attiré l'attention du monde savant. Grâce à son érudition immense, grâce au zèle qu'il déploie dans sa correspondance avec tous les pays civilisés (et nous en savons quelque chose), M. Harris a pu rassembler tous les cas aujourd'hui pratiqués et qui s'élèvent déjà au respectable chiffre de cinquante.

L'histoire succincte de chacun de ces cas est rapportée par notre

auteur dans deux mémoires du plus grand intérêt, qu'il vient de faire paraître dans *The American Journal of the medical sciences* (15 avril et 15 juillet 1880).

Nos lecteurs nous sauront gré sans doute de leur faire connaître les résultats de cette statistique qui, sans juger définitivement le bien ou le mal fondé d'une opération de cette nature, montre que le succès est aujourd'hui non-seulement possible, mais encore probable, si l'on opère dans des conditions convenables de temps et de lieu.

Tableau chronologique de cinquante opérations de Porro.

N^os D'ORDRE.	NOMS DES OPÉRATEURS.	LOCALITÉS.	ANNÉES.	RÉSULTAT pour LA MÈRE.	RÉSULTAT POUR L'ENFANT.
1	Storer.........	Boston.	1869	Mort.	Mort.
2	Porro.........	Paris.	1876	Guérison.	Vivant.
3	Inzam.........	Parme.	1877	Mort.	—
4	Hegar.........	Fribourg.	—	—	—
5	Previtale......	Bergame.	—	—	Mort.
6	Spath.........	Vienne.	—	Guérison.	Vivant.
7	—	—	—	Mort.	—
8	Ch. Braun.....	—	—	—	—
9	Shiara........	Milan.	—	—	—
10	Muller........	Berne.	1878	Guérison.	Mort.
11	Wasseige......	Liège.	—	—	Vivant.
12	Franzalini.....	Udine.	—	Mort.	Jumeaux vivants.
13	Ch. Braun.....	Vienne.	—	Guérison.	Vivant.
14	Shiara........	Milan.	—	Mort.	—
15	Tibone........	Turin.	—	—	—
16	Litzmann......	Kiel.	—	—	—
17	Breisky.......	Prague.	—	Guérison.	—
18	Wasseige......	Liège.	—	Mort.	—
19	Perotio........	Brescia.	—	Guérison.	—
20	Riedenger.....	Brunn.	—	—	—
21	Fehning.......	Stuttgard.	—	Mort.	—
22	Shiara........	Milan.	—	Guérison.	—
23	Ch. Braun.....	Vienne.	—	Mort.	—
24	Previtale......	Bergame.	—	—	—
25	Tibone........	Turin.	1879	Guérison.	—
26	Fochier.......	Lyon.	—	—	—
27	Coggi.........	Cremone.	—	Mort.	—
28	Tarnier.......	Paris.	—	—	Mort.
29	Tibone........	Turin.	—	—	Vivant.

Nos D'ORDRE.	NOMS DES OPÉRATEURS.	LOCALITÉS.	ANNÉES.	RÉSULTAT pour LA MÈRE.	RÉSULTAT POUR L'ENFANT.
30	Pegretti.......	Turin.	1878	Mort.	Vivant.
31	Tarnier	Paris.	—	Guérison.	Mort.
32	Ch. Braun.....	Vienne.	—	—	Vivant.
33	Previtale......	Bergame.	—	Mort.	Mort.
34	Berrutti.......	Turin.	—	Guérison.	Vivant.
35	Ch. Braun.....	Vienne.	—	Mort.	—
36	Mangiagalli....	Milan.	—	Guérison	—
37	Ch. Braun... .	Vienne.	—	—	—
38	Shiara	Milan.	—	—	—
39	Championnière.	Paris.	—	—	—
40	—	—	—	Mort.	—
41	—	—	—	Guérison.	—
42	Hautner.......	Barmen.	—	Mort.	Mort.
43	Previtale......	Bergame.	1880	—	Vivant.
44	Championnière.	Paris.	—	—	—
45	Valtorta.......	Venise.	—	—	Mort.
46	Chiarleoni.....	Milan.	—	—	Vivant.
47	Mangiagalli....	—	—	Guérison.	—
48	Ch. Braun.....	Vienne.	—	—	—
49	Cuzzi.........	Modène.	—	Mort.	—
50	Taylor........	New-York.	—	—	—

Tableau par année.

1869	Opérations	1. —	Femmes guéries	0. —	Enfants vivants	0.
1876	—	1. —	—	1. —	—	1.
1877	—	7. —	—	1. —	—	6.
1878	—	15. —	—	7. —	—	25.
1879	—	17. —	—	10. —	—	14.
1880	—	9. —	—	2. —	—	7.

Résumé par pays.

Italie.	Opérations.	23 —	Femmes guéries	8 —	Enfants vivants	21
Autriche	—	11	—	7	—	11
France	—	7	—	4	—	5
A reporter		31		19		37

Report.	31	—	19	—	37
Allemagne —	4	—	0	—	3
États-Unis —	2	—	0	—	1
Belgique —	2	—	1	—	2
Suisse —	1	—	1	—	0
	50		21		43

En résumé, l'opération de Porro a été suivie de guérison de la femme vingt et une fois sur cinquante, c'est-à-dire 42 0/0 de succès, et a sauvé la vie à quarante-trois enfants, soit 86 0/0.

Cette opération a été pratiquée par trente chirurgiens différents :

Un a opéré cinq fois (Ch. Braun, de Vienne).

Trois ont opéré quatre fois (Previtale, de Bergame, Shiara, de Milan, Lucas-Championnière, de Paris).

Un a opéré trois fois (Tibone, de Turin).

Quatre ont opéré deux fois (Spath, de Vienne, Wasseige, de Liège, Tarnier, de Paris, Mangiagalli, de Milan).

Vingt et un n'ont opéré qu'une fois.

M. R. Harris, recherchant les causes de dystocie et les causes de mort des opérées, arrive encore au chiffre suivant :

Causes de dystocie.

Bassin déformé par rachitisme	34
— cyphoscoliose	2
Bassin déformé par cyphose	1
— osteomalacie.	6
Bassin infantile	1
Tumeurs pelviennes	3
Opération in extremis pour cause d'anasarque et de dyspnée. .	1
Causes méconnues	2

Causes de mort.

Péritonite	6
Péritonite septique	5
Septicémie	3
Tétanos	1
A reporter.	15

Report.	15
Affaissement et choc	6
Œdème pulmonaire	1
Anémie et péritonite	2
Fièvre et délire	2
Hémorrhagie	2
Thrombose cardiaque	1
	29

Enfin, résultat digne d'intérêt, sur ces cinquante opérations, quarante-sept ont été pratiquées dans les hôpitaux et trois seulement dans la clientèle privée.

Telle est à ce jour l'histoire statistique de l'opération de Porro, ou ovario-hystérectomie césarienne, ainsi que l'appelle notre auteur. Grâce à ces recherches minutieuses, le chirurgien trouvera ainsi résumé en quelques tableaux tout ce qui peut l'intéresser sur une opération qui, née à peine d'hier, tend à prendre un rang important dans la chirurgie obstétricale moderne. G. Eustache.

(*Journal des sciences médicales de Lille.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE PAR LES SCARIFICATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

C'est à la méthode antiphlogistique que l'auteur, M. Terrillon, demande les moyens les plus énergiques et les plus sûrs contre la métrite parenchymateuse. Les émissions sanguines sont le principal agent de cette méthode.

Les émissions sanguines peuvent être générales ou locales. Générales, elles sont actuellement abandonnées par tous les médecins. Locales, au contraire, elles constituent un des remèdes le plus fréquemment employés contre la métrite parenchymateuse.

Les émissions sanguines locales sont de deux sortes : les unes sont

indirectes et s'obtiennent par l'application de sangsues et de ventouses scarifiées à l'hypogastre, à la partie interne des cuisses ; les autres directes, c'est dans le col même de l'utérus qu'on porte l'agent de l'émission sanguine. C'est de ces dernières, qui donnent des résultats bien supérieurs, que nous allons parler.

Ces émissions peuvent être obtenues soit par des sangsues introduites directement sur le col de l'utérus à l'aide d'un spéculum, soit par des scarifications.

Les bons résultats des émissions sanguines locales dans le traitement de la métrite parenchymateuse n'ont pas besoin d'être longuement démontrés ; aussi notre but unique est-il de vulgariser cette méthode souvent peu employée en indiquant comment, dans certains cas, ces émissions sanguines pratiquées par la scarification nous ont donné d'excellents résultats.

La plupart des auteurs préfèrent les sangsues aux scarifications ; ils leur accordent une action plus énergique. Loin de nous l'idée de nier l'efficacité de cette thérapeutique ; mais on nous concédera aussi volontiers que ce moyen n'est pas très-facile à appliquer : il faut un spéculum plein d'assez gros calibre, l'application des sangsues demande une surveillance continuelle, sinon elles peuvent aller piquer la paroi vaginale, voire même pénétrer dans le col utérin. Ce moyen n'est pas exempt de douleur, puisque, au dire de Courty, en quelques cas ces douleurs ont été excessives, jusqu'à produire l'évanouissement. On a vu à leur suite des hémorrhagies assez graves. Enfin, le temps que demande cette application n'est pas le moindre inconvénient que l'on puisse reprocher.

M. Terrillon montre, dans une série d'observations recueillies dans son service de Lourcine, que les scarifications lui ont donné les mêmes résultats que les sangsues, et il les recommande avec insistance comme bien plus commodes que les sangsues.

Par scarifications du col utérin, M. Terrillon entend de petites solutions de continuité pratiquées sur cet organe, à l'aide d'un instrument piquant ou tranchant, par lesquelles doit s'échapper une quantité variable de sang. Quel est leur mode d'action ? Le plus évident est la déplétion sanguine qu'elles amènent. Quelques auteurs, Virchow, ont admis qu'elles agissaient aussi en excitant l'utérus, la matrice se contracterait sous cette excitation et chasserait en partie le sang qui abonde dans son intérieur. Le fait est probable, car il est ici, comme pour les scarifications cutanées, un fait positif, c'est que

l'effet produit n'est nullement proportionnel à la quantité de sang extrait, et que, par conséquent, la scarification n'agit pas seulement par l'émission sanguine qu'elle produit. Mais peu importe la théorie, l'essentiel ce sont les excellents résultats obtenus, par M. Terrillon, des scarifications utérines. (*Bulletin de thérapeutique.*)

SUR LE TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE ET VAGINAL,

Par CONRAD.

Un examen microscopique préalable des sécrétions est nécessaire. L'acide phénique réussit toujours lorsque l'on trouve en grande quantité le leptothrix, l'oïdium est rare. Les injections de sulfate de cuivre conseillées par Hausman, même très-étendues, sont très-douloureuses. Bien plus, Conrad semble accuser ces injections de provoquer l'apparition de productions mycosiques. On peut, il est vrai, ne pas être convaincu que les champignons soient la cause du prurit, en considérant que le froid, employé énergiquement, sous la forme de compresses d'eau glacée, est le traitement de beaucoup le plus efficace. (*Schweiz, Corr. Bl., méd.*)

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ DUE A L'ACIDITÉ DU MUCUS UTÉRO-VAGINAL.

On sait combien sont obscures; en beaucoup de cas, les causes de stérilité; faute de bien voir, souvent on l'attribue à des obstacles mécaniques imaginaires, alors qu'en réalité la cause véritable nous échappe. On est souvent frappé, par exemple, de voir une femme avec un écoulement abondant qui a des enfants, alors qu'une autre avec un écoulement médiocre n'en a jamais. Dans le bulletin de thérapeutique, M. Charrier attire l'attention sur une cause de stérilité que l'on peut invoquer dans ces cas, que l'on peut combattre avec succès comme il l'a fait et qu'il est du devoir du médecin de bien observer après les deux cas très-curieux qu'il rapporte.

Liégeois et Byasson avaient autrefois, dans les études sur le sperme, constaté que l'alcalinité des milieux était favorable à la vie des sper-

matozoïdes. Byasson avait remarqué que les phosphates alcalins mélangés à de l'eau albumineuse augmentaient et conservaient longtemps la vitalité des spermatozoïdes. Il en avait même conservé vivants pendant une dizaine de jours dans un liquide alcalin et albumineux à l'étuve à la température de 36°. En revanche, on sait que les spermatozoïdes sont frappés de mort dès qu'on les met en contact avec un liquide même légèrement acide.

Se fondant sur ces données, M. Charrier pensa que chez les femmes dont les sécrétions utéro-vaginales sont acides, les spermatozoïdes sont détruits, et la fécondation devient impossible. Il fallait donc détruire cette acidité sécrétoire et mettre les organes génitaux dans les mêmes conditions que celles que l'on obtient en immergeant les spermatozoïdes dans un liquide conservateur alcalin. On obtient ce résultat eu ordonnant à la malade des injections alcalines tièdes, en lui faisant boire quelque temps de suite de l'eau de Vichy et de Vals.

Il a essayé l'eau de Vichy et l'eau de Vals tièdes ; mais ce qu'il a trouvé de meilleur comme liquide conservateur du sperme c'est le suivant exprimenté par Byasson :

Eau	1000 grammes
Un blanc d'œuf..	
Phosphate de soude..................................	59 grammes

Une première fois il a observé une jeune dame de 23 ans, mariée depuis 4 ans, bien réglée, pas d'enfant ; le mari est jeune et robuste. Ecoulement dans le museau de tanche transparent et franchement acide.

M. Charrier prescrit des injections tièdes avec l'eau de Vichy (Célestins), deux verres de la même eau chaque jour ; et deux fois la semaine des bains alcalins de 20 minutes de durée.

Au bout de six semaines de ce traitement régulièrement suivi, le liquide utéro-vaginal n'est plus acide, les règles manquent et une grossesse se manifeste. Cette dame accoucha en 1878 et eut une nouvelle grossese en 1879.

Entre les deux grossesses, les liquides vaginaux furent examinés avec le papier de tournesol ; la réaction acide n'existait plus.

Chez une autre dame de 24 ans, mariée depuis 4 ans, sans grossesse, en septembre 1879. Odeur aigrelette du mucus utéro-vaginal, acidité très-prononcée.

Traitement alcalin interne et externe, injections alcalines tièdes matin et soir. Cette dame est venue tous les 15 jours, et, à cinq examens consécutifs, le liquide reste acide.

Au milieu de novembre 1879, M. Charrier prescrit le liquide de Byasson, dont la formule est donnée plus haut,puis continue l'eau de Vichy à l'intérleur. Au bout de dix-huit jours, les liquides ne rougissaient plus le papier de Tournesol. Au mois de janvier, les règles manquèrent ; la grossesse suit son cours. Ces observations sont de grand intérêt et méritent de nouvelles expériences. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

VARIÉTÉS

L'Union médicale du 24 août communique à ses lecteurs le petit poème suivant dont l'auteur, M. Félix Martin, vient, dit ce journal, de recevoir le bonnet doctoral à la Faculté de Lyon.

OBSTÉTRICAL-SCHÉMA.

C'est pour vous seuls, Amis, que j'accorde ma lyre,
Soyez donc indulgents et vous gardez de rire,
Si le vers est sans force ou le trait maladroit ;
D'un élève-accoucheur c'est le premier exploit.
Aux sœurs de la Clinique, aujourd'hui se présente
Une enfant dont la taille est fort intéressante.
Joséphine est son nom ; elle est brune, a l'œil noir,
Elle se dit lingère ; en effet, on peut voir
Son doigt déchiqueté par l'aiguille assidue.
Ceci dit en passant, car la fille perdue,
Aussi bien que l'épouse honnête, en ce moment,
A droit à nos égards, à notre dévoûment.
Mais revenons bien vite au but de cette étude,
Et consignons ici l'examen d'habitude,
Dans l'ordre qu'a prescrit le Maître incontesté.
Joséphine a vingt ans, robuste est sa santé.
Aucun antécédent morbide ou de famille
A noter. A treize ans elle fut grande fille,

Et, sur le mois lunaire alors réglant leur cours,
Ses époques depuis durent quatre ou cinq jours.
Mais au mois d'août dernier, la date fatidique
Revint sans maux de reins, sans la moindre colique.
Rien n'apparut, malgré le banal purgatif
Et le safran célèbre autant qu'inoffensif.
C'en était fait. Bientôt la jeune Lyonnaise
Voit son être envahi par un vague malaise,
Qui l'exalte ou l'énerve et le jour et la nuit ;
Sa gaieté l'abandonne et le sommeil la fuit.
Son visage pâlit comme aux longs jours de fièvres,
Elle a l'angoisse au cœur et l'amertume aux lèvres.
A l'étroit désormais dans leur frêle prison,
Ses seins sont tourmentés par une âpre cuisson
Et des picotements, dont la brise, ni l'onde
Ne peuvent tempérer la torture profonde.
Une atroce migraine et des rages de dents
Viennent mettre le comble à tous ces accidents.
Elle étouffe parfois et ses jambes chancellent,
Ou d'algides sueurs à ses tempes ruissellent.
Défaillante, éperdue et maudissant son sort,
La Pauvre va chercher le repos dans la mort.
Mais voici que soudain, transfigurant son être,
Un long tressaillement de l'enfant qui veut naître
Révèle à ses regards des horizons nouveaux.
Le devoir et l'amour vont alléger ses maux,
Et, malgré la douleur, les veilles, la misère,
Elle vivra, pour lui..... désormais elle est mère !
Si mon âme naïve, Amis, s'est un instant
Attardée à noter ce passage émouvant
Ne me gourmandez pas ; dans le siècle où nous sommes,
Où la Loi même absout l'égoïsme des hommes,
On aime à saluer ces dévoûments sans fin
Chez la femme, jouet que leur livre la faim.
Je me garde d'ailleurs d'insister davantage,
Car, docile à ma voix, dénouant son corsage,
Voici que rougissante et le front dans la main,
La pauvre enfant s'étend sur le lit d'examen.
Désireux d'abréger ce moment difficile,
J'aurai soin d'écarter tout propos inutile.
Notre brune, je l'ai prédit à mes débuts,
D'une santé parfaite a tous les attributs.

Sous l'oreille mignonne, au lobule écarlate,
Nul abcès scrofuleux n'a laissé de stigmate,
Et du sternum mobile au ressort vertébral,
On chercherait en vain un contour anormal,
Un lacis de carmin court sous ses conjonctives
Et sur des dents de lait roses sont ses gencives.
Le pouls est athlétique et le cœur haut placé
Égrène sans faux pas son tic-tac cadencé.
Large, mais dépourvu d'emblème lymphatique,
Son cou marmoréen a la courbure antique
Et son poumon sonore, au murmure soyeux,
Modèle avec ampleur un rhythme harmonieux.
Sur les seins, assombris par un pigment barbare,
Qu'on croirait détachés d'un buste de Carrare,
Au pied d'un mamelon rose, superbe et dur,
Un long delta veineux trace un réseau d'azur.
— J'embellis à dessein, car plus tard à ce signe
Vous saurez reconnaître une nourrice insigne.
Mais glissons d'un étage et d'un doigt indiscret,
Essayons à ces flancs d'arracher leur secret :
Sous un plan musculaire, élastique et solide,
L'utérus agrandi dessine un ovoïde
Parfait, mais quelque peu penché du côté droit.
J'estime sa courbure à vingt travers de doigt
Dont le tiers environ au-dessus de l'omphale.
Prise au point culminant la ceinture est égale
Juste à nonante-trois — si le mètre vaut cent. —
Ce pourtour, peu commun, n'a rien de menaçant,
Quoi qu'en dise Ducasse, et n'autorise guère
A s'écrier ici : Grossesse gémellaire !
Si pressant par degrés, des deux mains, en tous sens,
Nous déprimons un brin les tissus sous-jacents,
Nous trouvons au pubis une masse arrondie,
A droite, une petite et mobile partie,
Et le long du flanc gauche un plan fort résistant.
Ceci vous semble net, mais gardez-vous pourtant
De conclure trop tôt, la prudence l'exige,
Car souvent il en cuit de jouer au prodige.
Vous le savez d'ailleurs, le moment est prochain
Qui nous va révéler un signe plus certain.
Notons, chemin faisant, par la mère indiquée,
Des premiers mouvements la date remarquée.
Ce fut vers fin décembre, et depuis ce moment

Ils ont leur maximum à droite constamment.
Pour confirmer l'arrêt que ce symptôme éveille,
Si du tube sacré nous armons notre oreille,
Nous constatons sans peine au bas de l'ombilic,
Sur la gauche et tout près, le maximum du tic
Tac fœtal ; excusez ce rejet téméraire
Que la rime à défaut de la raison suggère,
Et dites avec moi : Première du sommet.
Je puis bien ajouter, sans trahir mon secret
Qui doit faire les frais d'une thèse nouvelle,
Que ce pouls bien frappé, lent et fort me révèle,
J'en ferais la gageure, un bel et gros garçon ;
Bien qu'entre nous l'émoi soit fort peu de saison,
L'examen terminal me semble bien critique
Car je suis accoucheur et non peintre érotique,
Si donc, on y consent, et ce n'est pas douteux,
Délaissant le croquis de l'appareil honteux,
Qu'on pourrait esquisser pourtant à sa louange,
Je dirai simplement qu'ici-bas rien d'étrange
N'a frappé mes regards ni mon doigt bien graissé ;
Le col, à gauche et bas, très-mou, presque effacé,
Nous permet d'effleurer la bosse occipitale
Et reçoit sans effort la pulpe digitale.
Pour assister sans faute au début du travail
Nous devons donc garder Joséphine au bercail,
Et j'espère bientôt, si je suis de semaine,
Vous montrer, grâce aux soins de notre sœur cheftaine
Et selon le cliché par la ville usité,
Que la mère et l'enfant sont en bonne santé.

Avril 1880.

FORMULAIRE

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE FORMIQUE DANS LES ULCÉRATIONS DU COL LIÉES A LA DIATHÈSE ARTHRITIQUE. (J. CHÉRON.)

Depuis quelques années j'ai appelé l'attention des élèves qui suivent mes leçons cliniques, sur les différences anatomiques que pré-

sentent les ulcérations du col, suivant la diathèse à laquelle elles se trouvent liées.

A l'aide de préparations histologiques et de dessins, j'ai démontré que les lésions du col dénommées ulcérations, liées à la diathèse arthritique, sont représentées par des hypertrophies papillaires en nappe susceptibles de se recouvrir d'épithélium et conservant sous celui-ci, une coloration rouge vif qui laisse croire à la persistance de l'ulcération et lui fait donner le nom d'exulcération lorsque l'épithélium vient à se détacher par places.

Le traitement efficace de cette forme d'ulcération du col nécessite l'emploi des scarifications ou des saignées à la pointe de trocart. La plupart des caustiques et des cathérétiques restent sans effet, à l'exception d'un seul, l'acide formique, dont l'action, énergiquement astrictive, détermine une prompte atrophie des papilles hypertrophiées.

Le mode d'emploi est le suivant :

On imbibe de la solution suivante un pinceau à poils courts et à bout carré, et on frappe perpendiculairement, avec le bout du pinceau, toute la partie malade des lèvres du col :

Acide formique pur.	5 grammes.
Alcool à 48°	15 grammes.

On voit aussitôt la surface des lèvres devenir blanche partout où la solution a touché, et de nombreuses gouttelettes de sang sourdre par de nombreux petits orifices.

Si on a pris la précaution de piquer toute la surface malade avec la pointe d'un trocart, l'astriction causée par l'acide formique fait ruisseler le sang exprimé des papilles.

Ces attouchements sont répétés tous les cinq ou six jours. L'atrophie des papilles se fait à peu près en deux mois ; résultat important lorsqu'on se rappelle combien est rebelle cette forme d'ulcération.

Lorsque l'épithélium tend à se reformer trop promptement on doit employer, mais avec précaution, l'acide formique sans le mélanger à l'alcool.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1647. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

DES COURANTS CONTINUS DANS LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Par le docteur Jules CHÉRON.

(Suite.)

OBSERVATION III. — Métrite parenchymateuse chronique (phase congestive), consécutive à une fausse couche de trois mois et demi, quatre mois après le mariage.
Diathèse herpétique. — Névralgie lombo-abdominale.
Abaissement de l'utérus, très-congestionné, sur le plancher vaginal. — Station debout très-difficile.
Traitement par les courants continus et les intermittences rhythmées. — Six mois de traitement. guérison, nouvelle grossesse.

Au mois de mars 1873, une jeune femme de vingt ans, blanchisseuse, entre à la salle Sainte-Marie, n° 7, dans notre service de Saint-Lazare. Elle raconte que, mariée à dix-huit ans, elle a fait, quatre mois après, une fausse couche de trois mois et demi, causée par de grandes fatigues nécessitées par l'exercice de sa profession. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt mois, elle voit sa santé devenir plus mauvaise. Elle n'a pas d'appétit. Aussitôt après le repas,

elle a de la tympanite abdominale, de la chaleur au visage. Il est survenu une constipation opiniâtre. Elle se fatigue beaucoup en marchant ; elle ne peut, dit-elle, se tenir debout sans marcher, il lui semble qu'elle va s'évanouir. Elle éprouve sans cesse une sensation de plénitude dans le petit bassin, des envies fréquentes d'uriner et quelques sensations de ténesme rectal. Elle accuse des douleurs dans la région lombaire, surtout quand elle est couchée. Elle en ressent aussi dans le bassin du côté gauche et jusque dans la cuisse du même côté. Elle a de fréquentes démangeaisons aux parties extérieures. Son visage présente au menton et sur le front de nombreuses pustules d'acné que l'on retrouve encore sur les épaules. Il y a aussi de la blépharite ciliaire. A l'époque de la puberté, la malade a eu de l'eczéma sur les avant-bras.

Tous ces signes suffisent à préciser l'existence de la diathèse herpétique qui conduira fatalement la malade atteinte déjà du côté de l'utérus, à une lésion de texture de cet organe.

Ce qui a déterminé l'entrée de la malade dans notre service est un petit écoulement qui se fait par le canal cervical, ce qui a fait porter sur sa feuille d'entrée ce diagnostic, *blennorrhagie utérine ?*

La palpation ne fait rien connaître de particulier ; elle confirme simplement l'existence de la névralgie lombo-abdominale.

Le toucher au contraire fait reconnaître un col volumineux, difficile à faire mouvoir et complétement abaissé sur le plancher vaginal.

L'examen au spéculum présente un col tendu d'une couleur rouge sombre. Une goutte de ce mucus tenace et filant tel que le produisent les glandes du col vient sourdre à l'orifice cervical.

Ce col est gros et lourd et sa mesure transversale donne pour diamètre 42 millimètres.

La température du canal cervical est de 38°4.

Il n'existe point d'état inflammatoire ou d'état nerveux qui puisse contre-indiquer l'emploi des courants continus, aussi trois jours après l'arrivée de la malade, après l'administration d'un grand bain, et de quelques irrigations vaginales, l'emploi des courants continus est commencé de la façon suivante :

Le pôle positif est placé dans le canal cervical et le pôle négatif,

armé d'un large rhéophore, est placé dans la fosse iliaque gauche, au niveau du point habituellement douloureux. Avec trente grands éléments de notre machine à courants continus, le rhéostat étant complétement ouvert,nous faisons comme nous en avons l'habitude, lorsqu'il n'existe pas de troubles ménorrhagiques, une application sans intermittences, pendant les premiers jours.

Ce mode de faire poursuit le but de réveiller la nutrition de l'organe et d'activer sa circulation, ce qui permet d'obtenir ensuite, plus facilement, le resserrement des vaisseaux, comme le prouve l'observation et comme peut aussi le démontrer l'étude physiologique.

Dès les premières applications la malade éprouve une sensation d'allégement, elle se tient debout avec plus de facilité ; la douleur est beaucoup moins vive dans la région lombaire.

Après avoir pratiqué quinze séances de la sorte, nous abordons les applications avec intermittences rhythmées.

A la trentième, la malade accuse le résultat suivant : La sensation de pesanteur dans le petit bassin a disparu ainsi que les sensations de ténesme rectal. La marche et la station verticale sont devenues faciles. Les applications galvaniques sont continuées, sous la même forme, à raison de douze à quinze par mois. La mensuration du col faite à la cinquantième application donne une diminution de 5 millimètres dans son diamètre transversal. La coloration violacée a été remplacée par une nuance à peu près normale. Les envies fréquentes d'uriner ont diminué. La température du canal cervical prise plusieurs jours de suite donne toujours 38°. Quant à la névralgie lombo-abdominale, elle est grandement atténuée. La malade ne ressent plus de douleurs dans le décubitus dorsal. Seule, la région du crural gauche est encore douloureuse.

Après chaque époque, elle se plaint encore de démangeaisons très-vives aux parties extérieures.

Le traitement galvanique est continué, de la même manière, pendant deux mois, ce qui nous permet d'atteindre le chiffre de quatre-vingts applications.

Au bout de ce temps-là, le col a perdu sa couleur rouge sombre et son aspect luisant; il est devenu très-mobile au toucher; il n'est plus douloureux.

La malade constate avec grande satisfaction que l'appétit est revenu depuis longtemps et que la tympanite abdominale et la chaleur au visage ont disparu avec le retour de celui-ci. Quant à la constipation opiniâtre qui la tenait souvent cinq et six jours sans garde-robes, elle est très modifiée dans un sens favorable.

Aucun traitement n'a été employé en dehors de l'application galvanique, aussi est-il digne de remarque que l'action tonique reconstituante du galvanisme que nous avons signalée a suffi pour rétablir les fonctions digestives, diminuer la constipation, atténuer les névralgies, en même temps que l'organe utérin subissait cette action énergique sous l'influence de laquelle sa circulation normale reprenait son cours, faisant cesser l'état congestif qui préparait la prolifération conjonctive, dernier terme de la métrite parenchymateuse chronique.

L'ancienneté de l'affection (vingt mois), sa tendance progressive, l'ensemble des symptômes objectifs et subjectifs, l'existence bien confirmée d'une diathèse herpétique, sont autant de circonstances qui peuvent nous faire affirmer que nous ne nous sommes point trouvés en présence d'une congestion simple de l'appareil utéro-ovarien, mais bien de cette première période de la métrite parenchymateuse chronique, période d'infiltration (phase congestive).

Huit mois après, cette même malade revient dans le service atteinte de vaginite en rapport avec une grossesse de trois mois.

Sa santé était restée très-satisfaisante et la conception survenue depuis trois mois était la meilleure preuve de l'état d'intégrité fonctionnelle de l'appareil utéro-ovarien.

La curabilité de cette première phase de la première période (période d'infiltration) de la métrite parenchymateuse chronique ne saurait faire un doute.

Il est évident qu'aucune discussion ne s'engagerait au point de vue du résultat obtenu, l'interprétation seule pourrait être discutée. En effet, si nous n'étions pas dirigés par cette idée dominatrice, que toute affection utérine qui débute par un état congestif conduit à l'engor-

gement et à la métrite parenchymateuse chronique, chez toute malade atteinte de diathèse ou de maladie constitutionnelle, nous resterions hésitant en présence de la congestion utérine que nous pourrions considérer comme une simple lésion fonctionnelle n'ayant aucune tendance à évoluer vers un état morbide plus complexe.

Chez les malades atteintes d'affections utérines qui ne manifestent aucun symptôme de diathèse, la congestion utérine peut s'établir, persister, arriver à l'engorgement, le cercle morbide ne s'étendra pas plus loin.

Aucune lésion matérielle sérieuse ne se produisant sous l'influence de ces lésions fonctionnelles, on comprend qu'à l'aide du galvanisme on puisse rendre aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité perdue, on puisse restituer aux parois musculeuses des vaisseaux leur activité fonctionnelle momentanément endormie. On comprend aussi que, même dans les cas d'engorgement, sous l'influence de la double action dynamique et électrolytique du courant galvanique, le sérum exsudé des parois des vaisseaux entre les éléments anatomiques puisse être résorbé et rentrer dans la circulation. Là n'est point la difficulté.

Il y a des conditions de curabilité faciles à comprendre, faciles à démontrer dans la congestion utérine simple, de forme passive, aussi bien que dans l'engorgement qui peut lui succéder. Ces conditions de curabilité sont à peu près identiques dans les deux phases de la première période de la métrite parenchymateuse chronique (phase de congestion, phase d'engorgement), et, après avoir diagnostiqué l'état local, il ne reste plus qu'à s'élever, par une considération plus générale, vers cette idée dominatrice qui rapporte la lésion utérine à la diathèse qui, elle-même, lui imprime cette modification spéciale en vertu de laquelle elle deviendra lésion de texture.

Par conséquent, l'existence bien avérée des symptômes qui caractérisent un état diathésique ou constitutionnel et l'existence simultanée d'une congestion ou d'un engorgement de l'utérus, autorisent à affirmer qu'on est en présence de la première période d'évolution de la métrite parenchymateuse chronique.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette comparaison, entre cet état congestif qui représente la première phase de la métrite chro-

nique et la congestion simple qui doit rester lésion fonctionnelle.

Pour éviter toute équivoque et aller au-devant des objections qui auraient pu naître dans l'esprit du lecteur, ces quelques explications étaient indispensables.

OBSERVATION IV. — Métrite parenchymateuse chronique (phase congestive), survenue, chez une malade âgée de trente ans, consécutivement à une fausse couche de trois mois et demi, il y a un an. — Eczéma des mains et des oreilles. — Autres symptômes d'herpétisme. — Névralgie lombaire.

Sensations douloureuses dans le petit bassin. — Station verticale très-difficile.

Traitement par les courants contenus. — Disparition complète de la congestion utérine avec soixante-douze applications.

Cette intéressante observation a pour objet une malade âgée de trente ans, madame X..., qui nous fut adressée par notre très-distingué confrère, M. le docteur Martin-Lanzer.

Au mois d'octobre 1874, cette malade se présenta à notre observation, à son retour des eaux de Luxeuil, où elle était allée chercher la guérison de sa maladie utérine dans le but d'avoir des enfants. Mariée à vingt ans, elle avait alors une bonne santé qui n'avait été troublée que par quelques petites poussées dartreuses, soit au visage, soit aux oreilles, auxquelles elle n'attachait aucune importance. Dès les premiers temps du mariage, elle éprouva une sensation de plénitude dans le petit bassin; les règles perdirent un peu de leur régularité.

Après la première année, un médecin consulté conseilla l'hydrothérapie qui régularisa les époques et fit disparaître la sensation de plénitude.

Neuf ans plus tard, après deux saisons aux eaux de Luxeuil, madame X... devint grosse. Trois mois et demi plus tard, l'avortement était provoqué par une chute de voiture. Elle revint à Luxeuil, espérant que les eaux feraient disparaître les malaises et les souffrances consécutifs à la fausse couche. Ces espérances ayant été en partie déçues, elle nous fut adressée par notre distingué confrère, aussitôt après le traitement thermal.

Soumise à notre examen, la malade présente les symptômes

suivants : D'abord un eczéma des mains et des oreilles, paraissant et disparaissant par intervalles, au dire de la malade ; le cuir chevelu est couvert de pityriasis. Quelques plaques furfuracées se montrent sur le front et le menton. Au moment des époques il survient souvent des poussées d'herpès sur la lèvre inférieure, de l'érythème et des démangeaisons très-vives à la vulve. Notre malade est herpétique, très-herpétique, ce n'est pas douteux. Elle éprouve des douleurs névralgiques dans la région lombaire ; ces douleurs s'exaspèrent dans le décubitus dorsal et par les temps humides.

Elle a retrouvé, dit-elle, cette sensation de plénitude et de malaise qu'elle avait éprouvée pendant quelques mois au début du mariage. Lorsqu'elle reste quelques instants debout, sans marcher, il lui semble qu'elle va perdre connaissance.

L'examen de la malade fait constater par le toucher un alourdissement de l'organe, et une grande sensibilité lorsqu'on fait un effort pour s'assurer que l'organe est mobile. Le col n'est pas très-volumineux, mais il est plus dur à la base qu'au sommet. L'orifice du col n'est pas béant. L'examen à l'aide du spéculum permet de constater une coloration d'un rouge sombre. Le thermomètre accuse une température de 38° 4. La sonde utérine pénètre à une profondeur de 6 centimètres et demi, ce qui prouve que la régression s'est faite complétement après la fausse couche. En présence des symptômes les mieux accusés d'herpétisme, nous considérons que notre malade commence une métrite parenchymateuse chronique sous l'influence de l'herpétisme à l'occasion d'un avortement, mais que la lésion utérine n'a pas encore dépassé la phase congestive de la première période d'infiltration.

Le 5 novembre, quatre jours après la disparition des époques, l'application du courant continu est commencée. Chaque application a une durée de douze minutes. Il n'est point fait d'intermittences dans le courant qui est fourni par trente éléments. Le pôle positif est placé dans le col de l'utérus, le pôle négatif s'étale en une large électrode sur la partie douloureuse de la région lombaire. Dès les premières applications, la malade accuse la disparition de cette sensation de plénitude et de malaise éprouvée dans le petit bassin, rendant la station verticale très-difficile. Après la vingtième application, la malade

constate l'amélioration suivante : La névralgie lombaire est grandement atténuée ; elle ne ressent aucune douleur la nuit, comme précédemment ; elle peut rester debout sans marcher, sans éprouver cette tendance à l'évanouissement et le malaise indéfinissable qu'elle éprouvait dans l'abdomen. La sensation de plénitude existe encore, mais elle est moins intense.

Après les époques, les applications quotidiennes sont reprises pendant dix à douze minutes chaque jour, mais cette fois, l'élément douleur ayant disparu, nous employons les intermittences rythmées du courant continu. Ces applications, facilement supportées, sont continuées jusqu'à l'époque suivante et la malade accuse la disparition de la sensation de plénitude qui avait résisté au courant continu simple.

L'examen local, pratiqué à la cinquantième application, permet de constater un allégement considérable de l'organe. On peut maintenant mouvoir l'utérus sans amener aucune douleur. Le col a perdu sa coloration rougeâtre et la température intra-cervicale est de 37°8, c'est-à-dire qu'elle s'est abaissée de 6 dixièmes de degré.

La malade a repris des forces, la poussée eczémateuse qu'elle portait aux mains et aux oreilles a disparu.

Après une fatigue assez grande éprouvée huit jours après les règles, la sensation de plénitude a reparu d'une façon intermittente. Un nouvel examen local fait reconnaître une poussée congestive légère.

Vingt-deux applications d'intermittences rythmées sont faites de nouveau et aucun phénomène morbide ne se reproduit du côté de l'utérus.

En six années aucune poussée de congestion utérine ne s'est reproduite.

Au mois d'avril 1877, madame X... est accouchée d'un enfant mâle dans de très-bonnes conditions. Non-seulement la santé locale est restée excellente, mais la diathèse herpétique elle-même ne s'est plus manifestée.

Incidemment nous appellerons l'attention sur ce dernier fait qui n'est pas dénué d'intérêt. L'action que les courants continus exercent sur le système nerveux et sur les fonctions de tous les organes

explique cette disparition des manifestations herpétiques signalée depuis longtemps par Beard et Rockwel.

Après cette nouvelle observation et avant de nous occuper de la deuxième phase de la période d'infiltration de la métrite chronique, il faut répondre aux deux questions que nous nous sommes posées précédemment : *Quelle est la limite du résultat curatif qu'on peut obtenir à l'aide des courants continus dans la première phase de la première période de la métrite parenchymateuse chronique?*

La réponse ne saurait laisser aucun doute : la guérison est obtenue, complète, radicale, par cette raison que, dans cette première phase, il n'existe qu'un trouble purement fonctionnel, caractérisé par la perte de tonicité des centres d'innervation vaso-motrice de la région lombaire de la moelle et des ganglions du sympathique de la même région, en même temps qu'une dilatation permanente des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien.

Il existe assurément un bien grand nombre de moyens à l'aide desquels on peut rendre aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité perdue, et aux parois vasculaires leur activité fonctionnelle. Mais il n'en est aucun qui soit plus apte à ramener l'exercice normal de ces fonctions que l'électricité employée sous forme de courants continus avec ou sans intermittences rythmées; les expériences de laboratoire et mieux encore l'expérimentation clinique le démontrent de la meilleure façon.

Sans doute, il existe, dans cette première phase de la période d'infiltration de la métrite chronique, une cause plus complexe que dans le cas de congestion simple, sans diathèse. L'arthritisme, l'herpétisme, le lymphatisme, etc., représentent, l'un ou l'autre, la cause dominatrice sous l'influence de laquelle un trouble fonctionnel peut évoluer vers une lésion de texture. Mais le modificateur galvanique, qui est susceptible d'agir assez profondément sur les centres nerveux pour faire disparaître les manifestations cutanées qui sont en rapport avec la modification morbide que ces centres ont subie, peut bien, en modifiant cet état morbide du système nerveux central, arrêter dans son évolution une lésion fonctionnelle qui marche vers l'altération de texture. En effet la moindre manifestation herpétique, qui cède

à l'emploi du galvanisme, représente un trouble de nutrition plus profond, assurément, que l'état congestif qui caractérise la première phase de la période d'infiltration de la métrite chronique.

En somme la métrite chronique à la première phase de la période d'infiltration est absolument curable; le galvanisme sous la forme de courants continus ou d'intermittences rythmées amène cette guérison mieux et d'une façon plus nette qu'un grand nombre de moyens préconisés, en pareil cas, et dont la multiplicité indique le peu de confiance qu'on peut leur accorder.

THÉORIE DE LA MENSTRUATION

Par madame MARY PUTNAM JACOBI,

Professeur de matière médicale au Collège de médecine des femmes de New-York, traduit de l'anglais par le docteur Raoul Fauquez.

(Suite et fin.)

Rabuteau a repris les expériences d'Andral et Gavarret et affirme qu'il ne trouve pas qu'on ait apporté une attention suffisante à l'époque qui est en rapport avec la période menstruelle; que pendant la période comprise entre les cinq ou six jours qui suivent la cessation de la menstruation, et un jour ou deux avant son retour, on trouve que l'élimination de l'acide carbonique est la même chez les femmes en expérience que chez les hommes. Mais, pendant la menstruation, l'acide carbonique diminue parce que la perte de globules sanguins diminue la quantité d'oxygène qui y pénètre et par conséquent les combustions organiques.

La diminution temporaire de l'élimination du carbone par les poumons, qui indique une diminution temporaire de l'énergie de la respiration et du processus nutritif de la désassimilation est très-loin d'indiquer une accumulation de matériaux carboniques dans le sang. « La quantité

de C O éliminé, a dit Ranke (1), dépend des métamorphoses des tissus. Elle est augmentée par les mouvements musculaires, mais plutôt par l'augmentation des matériaux hydrocarbonés des aliments et en comparaison de leur quantité, toutes les autres circonstances comme l'âge et le sexe ont une très-petite importance. La portion de C O éliminée traverse les tissus à l'état solide, en combinaisons salines dont le sang veineux est plus riche que le sang artériel (2).» D'après lui, l'hémorrhagie veineuse ou capillaire qui constitue le flux menstruel compenserait, comme il est nécessaire, l'élimination insuffisante de C O par les poumons.

Il ne s'ensuit pas cependant que dans l'aménorrhée, à moins qu'elle ne dépende, comme c'est l'exception, d'un empêchement à local, l'évacuation par l'utérus, il y ait le moindre danger à l'accumulation des matériaux hydrocarbonés dans le sang. Car dans l'exception ci-dessus, l'aménorrhée est toujours accompagnée d'une insuffisance de nutrition des tissus, d'une diminution de la vitalité des cellules et par conséquent d'une diminution dans l'absorption de l'oxygène et d'une diminution correspondante dans la formation de C O. — « La cause la plus importante, observe Pfluger, qui détermine une augmentation dans l'absorption de l'oxygène est l'augmentation de l'activité vitale dans un ou plusieurs organes. » L'état de l'activité vitale ou de la menstruation générale pendant la période menstruelle est d'une grande importance pour la question que nous traitons dans cet essai.

Nous avons consacré une aussi large place à l'examen de la théorie de l'ovulation parce que c'est elle qui a contribué à faire naître la conviction que, pendant la durée du flux hémorrhagique, la nutrition générale et l'activité vitale de la femme pouvaient diminuer. Cette manière de voir n'a pas été universellement soutenue ; elle l'a été non-seulement par les défenseurs de la théorie de l'ovulation, mais encore, par ceux dont l'attention s'est particulièrement fixée sur l'hémorrhagie périodique. Chaque groupe peut se subdiviser en deux, par rapport à la différence d'interprétation donnée aux mêmes faits. Ainsi :

1. Grundzuge, *Der physiologie*, p. 465. 1875.
2. Grundzuge, *Der physiologie*, p. 471. 1875.

Pendant la menstruation la nutrition et l'action nerveuse et musculaire peuvent diminuer.

1. Parce que le processus local effectué dans l'utérus et dans l'ovaire est si complexe et développe une telle expansion de force vasculaire, nerveuse et nutritive que le reste du corps doit être temporairement affaibli.

2. Parce que la perte de sang qui résulte du flux menstruel agit comme une autre hémorrhagie qui affaiblit le sang, abaisse la tension du système vasculaire et, par la perte des globules sanguins, porte atteinte à l'absorption de l'oxygène, à la formation de C O et de l'urée, en un mot, au processus assimilateur et désassimilateur de la nutrition.

Ou d'un autre côté :

La période menstruelle serait une période d'augmentation de l'énergie vitale.

3. Parce que l'entrée en fonctions actives des ovaires, causée par la maturation rapide et la déhiscence des vésicules de Graaf, apporte un stimulus puissant au système nerveux entier, comme le choc d'une batterie électrique.

4. Parce que l'hémorrhagie qui, lorsqu'elle se borne à des proportions normales, n'est suivie d'aucune des conséquences d'une hémorrhagie accidentelle, implique que la nutrition de la femme a atteint un maximum élevé, en excès sur les besoins de l'individu, et apportant un surplus

de matériaux qui peuvent être utilisés ou rejetés.

Voici quelle est notre manière de voir sur ce qui précède.

1° L'augmentation de la nutrition des œufs dans l'ovaire, dans les cas relativement rares où elie coïncide avec la menstruation et le développement de la membrane muqueuse de l'utérus, *détourne de la circulation générale* (1) une quantité de sang comparable à celle qui est détournée pendant l'activité fonctionnelle de beaucoup d'autres organes. Dans tous les organes actifs le sang circule en proportion de l'action nerveuse, et le courant est accéléré.

Chez les lapins au repos, l'appareil locomoteur contient 36,6 0/0 de la masse du sang ; mais, chez les lapins en mouvement, il contient 66 0/0. La masse du sang dans un organe est en proportion des métamorphoses de tissus qui s'accomplissent dans cet organe. Il y a un rapport, cependant, entre l'activité et l'hypérémie d'un groupe d'organes et le repos et l'anémie d'un autre groupe.

Chez les animaux tués pendant la digestion, on trouve l'appareil digestif en entier rouge et richement injecté de sang. L'estomac, la membrane muqueuse de l'intestin et le pancréas offrent ce phénomène beaucoup plus marqué ; le foie est légèrement augmenté de volume. « Il y a là une telle opposition entre la circulation des muscles et celle de l'appareil digestif, que nous pouvons dissiper des congestions du foie par l'exercice musculaire. »

Je ne connais pas d'expériences sur les femmes analogues à celles qu'a faites Ranke sur les animaux,au moyen desquelles la quantité de sang qui circule dans l'*utérus* et les ovaires pendant la menstruation puisse être estimée. Pour des raisons déjà données plus haut, ni les injections forcées faites par Rouget, sur le cadavre, ni l'hypérémie intense observée sur les organes génitaux externes des animaux pendant le rut, ne peuvent servir de base à cette appréciation.

Mais le volume des organes, relativement à la masse du sang, indique que jusqu'au commencement de la grossesse, la diversion du sang, même dans un plexus aussi riche que le plexus utéro-ovarien,

1. Ranke, *loc. cit.*, p. 374.

ne peut être aussi grande que dans le foie, le tractus gastro-intestinal ou le cerveau.

Chez les lapins, Ranke a estimé ainsi la distribution habituelle du sang.

Rate.................................0,23 pour cent de toute la masse de sang.

Cerveau et moelle	1,24	Os	8,24
Reins	1,63	Cœur, poumons, gros vaisseaux	22,76
Peau	2,10	Muscles au repos	29,20
Intestins	6,30	Foie	29,30

Il est certain que la quantité de sang constatée dans le petit bassin pendant la menstruation (avant le flux) varie énormément dans les cas physiologiques et dans les cas pathologiques. En observant les cas douloureux, nous trouverons un contraste marqué entre les cas où l'on ne trouve pas de douleur ou dans lesquels la douleur ne se montre que sous forme de crampes, pendant le premier ou le second jour de l'hémorrhagie, et ces autres cas où l'écoulement est précédé pendant plusieurs jours de sensations de lourdeur, de poids, de plénitude dans les lombes, indiquant une congestion pelvienne.

Nous aurons encore l'occasion de parler de ces cas. Il suffit d'insister ici sur ce fait que, comme ils diffèrent, à un léger degré cependant, des cas parfaitement normaux, on ne peut pas les considérer comme des types ; et que, dans les cas où manque la sensation de pesanteur, où elle est légère ou précède à peine l'écoulement qui la fait disparaître, nous pouvons affirmer que les vaisseaux sanguins du bassin n'ont pas été distendus par une quantité de sang suffisante pour opérer une sérieuse déplétion du reste du système.

L'aspect de la membrane muqueuse utérine pendant la menstruation a été souvent comparé à celui qu'offrent les autres dans l'inflammation catarrhale aiguë (Courty, Beigel, Virchow, etc.). Les règles créent un état pathologique spécial du reste à cette fonction.

Si, comme il est absolument vrai (voyez nos statistiques), le processus peut s'accomplir, dans 53 0/0 des cas, sans le moindre trouble du sentiment de bien-être, il est évident que la ressemblance avec l'inflammation est fausse puisque le plus léger degré d'inflammation de cette membrane provoque toujours une souffrance manifeste. On

cesse de considérer la dépense de force nerveuse développée par la rupture des follicules et la croissance de la membrane caduque comme une soustraction brusque faite à la somme totale de la force individuelle quand on voit ces processus si bien gradués dans leur évolution. Bien que un seul follicule de Graaf (dans l'espèce humaine) soit prêt à se rompre à un moment donné, on admet partout le développement incessant des follicules à différents degrés.

On a montré combien était encore mieux réglée (si c'est possible) la croissance de la muqueuse utérine qui reste inactive pendant à peine huit à dix jours, et ce laps de temps, excepté chez les personnes affectées d'endométrite, n'est pas celui pendant lequel la femme se trouve habituellement en meilleure santé, car il coïncide avec la semaine qui précède immédiatement la menstruation, lorsque la tuméfaction et l'injection de la membrane atteignent leur plus haut degré.

Il est donc évident que l'activité vitale des cellules de l'ovaire et de l'utérus prouve le besoin d'une certaine quantité de force vitale dans l'organisme, supérieure à celle dont aurait besoin un sujet privé de ces organes. Mais, comme ce besoin de force vitale est, comme nous l'avons montré, continuel, il exige dans l'organisme une réserve permanente et non une succession de résolutions temporaires des ressources de l'organisme.Un sujet plus riche en organes, et dont les organes sont plus riches en cellules, use absolument plus de matériaux que celui qui est pauvre en organes et en cellules (Ranke, *loc. cit.*, p. 10) ; en d'autres termes, il est construit sur un type plus élevé.

2. Le meilleur commentaire qu'on puisse faire de cet exposé se trouve au chapitre IV où il est prouvé que le flux menstruel ne ressemble pas par ses phénomènes ou ses effets à une hémorrhagie accidentelle.

3. Nous avons un certain nombre de faits à relater plus tard, qui indiquent que la période menstruelle peut être une période d'augmentation de la force vitale et spécialement de la force intellectuelle. Mais nous ne pouvons trouver dans la rupture de la vésicule de Graaf aucune cause susceptible d'augmenter le stimulus du système nerveux.

C'est l'analogie présumée entre la menstruation et le rut, et la théorie qui admet que le point de départ de tout le nisus menstruel doit se trouver dans la rupture de cette petite vésicule (1), qui ont théoriquement introduit un processus nutritif si faible comme étendue, si puissant comme résultat et ayant une si immense influence sur le système nerveux. La plaie péritonéale (dont Waldeyer a nié l'existence, puisque le péritoine ne recouvre pas cette portion de l'ovaire), qui excita une si exubérante compassion de la part de Michelet, devrait être aujourd'hui déchargée de la responsabilité qu'on lui attribuait. Nous croyons, il est vrai, que l'on peut découvrir dans l'économie de la femme un stimulus plus ou moins puissant, en rapport avec la menstruation, mais il n'y a rien qui prouve que ce stimulus résulte d'une évolution irritative et subite de la force nerveuse ayant son siège dans les ovaires (2).

Ces particularités remarquables du flux menstruel, que la majorité des observateurs instruits ou naïfs a toujours distinguées de l'hémorrhagie accidentelle, demandent comme éclaircissement, une con-

---

1. « Tous les faits s'accordent pour prouver que la menstruation est la *conséquence* du processus ovarien duquel dépendent le développement et la rupture de la vésicule de Graaf. L'hémorrhagie menstruelle est un *accident* dû à l'insuffisance de la résistance des capillaires de la muqueuse utérine congestionnée au moment du développement d'une vésicule. » Liégeois, *Traité de physiologie*, 1869. p. 262-264.

2. Chereau, *Maladies des ovaires*.

Au pouvoir qu'avait autrefois l'utérus d'enflammer l'imagination scientifique a succédé celui des ovaires à un degré qu'expriment bien ces mots de Virchow, « la femme est seulement femme par ses glandes génératrices » (ovaires). Toutes les particularités de leur corps et de leur esprit, de leur nutrition et de leur activité nerveuse, la délicatesse exquise et les contours arrondis de leurs membres, la forme caractéristique de leur bassin, le développement de leurs seins, la douceur de leur voix, le beau lustre de leurs cheveux, le duvet à peine perceptible de leurs joues, et encore leur grande sensibilité, leur dévouement, leur fidélité, enfin toutes ces qualités féminines que nous admirons et que nous honorons chez la vraie femme ne sont que la conséquence de l'ovaire. Qu'y a-t-il d'étonnant alors si la déhiscence périodique des œufs donne lieu à des phénomènes qui indiquent la participation générale de la nutrition et de la force nerveuse ? Je rappellerai au médecin praticien ce qui se passe dans la dentition dont le travail consiste en une reproduction périodique de parties beaucoup moins importantes et qui néanmoins s'accompagne de troubles très-violents de la nutrition et de la force nerveuse. (*Der puerperale Zustand. Das Weib, and die zelle*, 1848, p. 751.)

A l'égard de ce langage, nous sommes d'avis que la remarque de Puech est justifiée : « Certes si l'éclat du sentiment, si l'élévation du langage tiennent lieu d'arguments, nous devons nous incliner devant ce panégyrique, mais en physiologie comme en médecine, l'autorité du maître est dominée par l'autorité des faits. Quant aux observations relatées dans ce chapitre (montrant la persistance des qualités féminines en l'absence ou après l'extirpation des ovaires), l'idée de Virchow, touchant leur origine est non seulement gratuite, mais illogique. » *Des ovaires de leurs anomalies*, 1873, p. 125.

clusion théorique au sujet de l'effet de la menstruation sur les capacités de la femme au travail. Il est certain que dans le cas d'une hémorrhagie autre, bien moindre comme quantité et comme durée, on exigerait comme une chose qui va sans dire le repos le plus complet du corps et de l'esprit.

Il ne serait pas nécessaire, dans ce cas, de défendre à une femme de la campagne de porter des raisins dans une cuve à vin, pendant une crise d'épistaxis, comme on a jugé nécessaire de le faire pendant la menstruation, non dans un but hygiénique, mais dans un but de propreté. Leur propre souffrance suffirait à sauvegarder les convenances de propreté.

Si des deux théories modernes, l'irritation périodique ou réflexe partie des ovaires, ou la dégénérescence graisseuse de la caduque utérine, devenue inutile faute de conception, ni l'une ni l'autre ne sert à expliquer l'hémorrhagie menstruelle, nous sommes ramenés à la plus ancienne théorie qui a prévalu moitié autant de siècles que la théorie de l'ovulation a d'années, à la théorie de l'excès de force nutritive et de matériaux qui, lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour la reproduction, sont dépensés dans la menstruation. Wagner que nous avons cité comme un champion de la théorie de l'ovulation, et qui admet que « la cause caractéristique de la menstruation réside dans les ovaires », ajoute: « Néanmoins, nous sommes loin de contester une signification physiologique spéciale à cette hémorrhagie...

« Le sang évacué pendant la menstruation contient tous les éléments essentiels du sang normal...

« Les conditions dans lesquelles il est évacué expliquent toutes les particularités qu'il peut offrir. Nous justifierions donc difficilement notre manière de voir si nous regardions le sang menstruel comme un élément sans emploi. Il se forme en surplus dans le mécanisme de la vie individuelle. Il est complétement analogue aux éléments de formation qui servent au développement de l'embryon, à la nutrition, de l'œuf, etc. Ce surplus qui pourrait être soustrait sans danger pour l'existence individuelle, mais à la vérité sous peine de nombreux désordres, est employé à fournir à l'accroissement des dépenses......

« D'après notre opinion, l'écoulement du sang menstruel n'est rien autre que la soustraction des matériaux superflus sous une forme

caractéristique. Ce qui, dans d'autres cas (chez les ovipares par exemple), est rejeté du corps, sous forme de la substance de l'œuf, est expulsé ici, sous forme de sang tel qu'il a été primitivement, apporté à l'œuf.

« Pour cette raison, le flux menstruel est limité aux mammifères. *Car chez ces animaux l'œuf est si petit qu'après sa formation une grande quantité de substance formatrice est laissée de côté*. Encore, si les mammifères pondaient comme les oiseaux, sans aucun doute l'œuf contiendrait toute la nourriture requise par l'embryon. Ainsi, dans la race humaine l'œuf contiendrait autant de matériaux nutritifs qu'il en absorbe de sa mère pendant dix mois de gestation. Dans ce cas, un œuf seulement se romprait tous les dix mois et la possibilité de la conception serait ainsi extrêmement limitée. Mais en fait, les matériaux que nous avons imaginés concentrés en un simple rut sont divisés en dix périodes successives, à chacune desquelles la conception est possible. La petitesse remarquable de l'œuf des mammifères peut donc être considérée comme un moyen de multiplier les chances de fécondation et ainsi d'augmenter indirectement la fertilité des mammifères. »

La reproduction, sans accumulation préventive de matériaux reproducteurs de force créatrice, est inconnue dans tout le règne végétal et dans le règne animal, elle est, à la vérité, impossible à comprendre. Chez les plantes, les éléments nutritifs s'accumulent régulièrement dans les nœuds des branches, et le degré de développement atteint par le bouton auquel le nœud donne naissance est en proportion de l'espace qui les sépare ou des entre-nœuds. Ainsi Wagner a déjà démontré que le nombre des enfants chez les différentes races d'animaux est exactement en proportion inverse du poids des enfants à la naissance et que celui-ci est proportionné à la longueur de la gestation. « La génération, dans toutes ses formes, dit Herbert Spencer (1), est un processus de désassimilation positive ou négative et est ainsi absolument opposée au processus d'assimilation qui est un élément de l'évolution individuelle. La désassimilation négative se présente dans ces cas où, comme dans les composés hydrozoaires,

1. *Principes de Biologie*, vol. 1, p. 216.

se produit un développement continuel d'individus nouveaux par bourgeonnement des plus anciens et où l'augmentation de volume de ces individus anciens est ainsi arrêtée.La désassimilation positive se présente dans ces cas d'agamogénèse où la formation de nouveaux individus est discontinue et dans tous les cas de gamogénèse..... Le degré de désassimilation devient moins marqué à mesure qu'on approche des organismes plus élevés. Parmi lesanimaux supérieurs, il n'y a pas d'exemples dans lesquels l'individualité des parents ait disparu pour faire place à une nouvelle individualité. A la fin cependant, il est nécessaire qu'il se produise une plus ou moins grande désassimilation. Les semences et les grains de pollen d'une plante en fleurs sont des portions de tissu désassimilées, comme les œufs et les spermatozoaires des animaux. » Puis (p. 224): « L'agamogénèse continue aussi longtemps que les forces auxquelles est soumise la croissance surpassent de beaucoup les forces antagonistes tandis que réciproquement nous voyons le retour de lagamogénèse lorsque les conditions ne sont plus aussi favorables à la croissance...... Dans les plantes une nutrition très-puissante empêche lagamogénèse. » De Candolle dit (1) : « Le développement indéfini des branches qui ne fleurissent pas favorise la formation et la croissance d'un grand nombre d'éléments nutritifs qui tendent à augmenter les agrégats et à déposer çà et là des provisions de nourriture destinées à favoriser un nouveau développement de germes ou de fleurs. La floraison tend à priver les branches du développement d'organes nutritifs et à consommer la nourriture mise en réserve dans les branches, les tiges et les racines. Dans les plantes caulocarpiennes, la fleur est petite et consomme seulement la nourriture mise en réserve dans son propre pédoncule et dans ses supports immédiats. Ce sont des plantes vivaces, arbres et arbustes. Dans les plantes rhizocarpiennes les fleurs sont plus nombreuses, proportionnellement à la force de la tige, et épuisent toute sa nourriture, si bien qu'elle meurt jusqu'à la racine. Ce sont des herbes vivaces. Dans les manocarpiennes les fleurs sont encore plus nombreuses et épuisent la racine aussi bien que la tige. Ce sont les Plantes annuelles et bisannuelles. »

1. *Organographie végétale*, 1827, p. 230.

Darwin (1) dit des plantes cultivées stériles, à fleurs doubles, à beaux fruits sans graines avec des organes de végétation largement développés qu'il y a en eux une, réserve de nourriture et de force vitale par la raison que les organes sexuels sont inactifs ou imparfaits. Dans ce traité sur les sélections sexuelles, çà et là l'auteur insiste sur les caractères inhérents au sexe, sur le brillant plumage et les appendices divers chez le mâle des différents animaux, particulièrement des oiseaux qui semblent destinés à faire équilibre à l'excès de la force reproductrice chez la femelle (2).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session de 1880. — REIMS.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Séance du 13 *août* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

M. Courty (de Montpellier) fait une première communication sur un *pessaire contre la rétroflexion de l'utérus*. M. Courty a apporté un perfectionnement important au pessaire métallique, levier, à anneau cervical, dont les avantages sont depuis longtemps connus des gynécologistes. M. Courty avait d'abord essayé d'incurver le bord postérieur de l'instrument de manière à en faire porter la pres-

1. *Variation of animals under domesticity*, vol. II, pp. 171, 172.
2. A.-B. Blackwell (*Des sexes dans toute la nature*) a précisément noté que ces caractères inhérents au sexe sont beaucoup plus marqués chez les oiseaux polygames, et qui se nourrissent facilement, de telle sorte que le mâle n'est pas obligé de concourir indirectement à la nourriture de ses petits.

sion sur la face postérieure du col utérin et non sur le cul-de-sac postérieur. Cette modification ne fut pas suffisante : le col franchissait le rebord du pessaire et passait en avant de lui en reproduisant la rétroflexion. M. Courty a alors imaginé un instrument d'un nouveau modèle qui paraît jusqu'ici répondre à toutes les indications. Ce pessaire est recourbé à son extrémité postérieure de manière que celle-ci présente sa concavité en arrière, qui embrasse solidement le col utérin.

M. Courty conseille en outre le décubitus abdominal comme facilitant beaucoup la réduction de l'utérus rétrofléchi. Il fait remarquer, à ce propos, qu'il arrive néanmoins fréquemment de voir la position vicieuse de l'utérus persister malgré la situation prise par la malade. Il suffit dans ce cas d'introduire dans la cavité vaginale un petit spéculum de Fergusson ou seulement le doigt, la femme étant dans la position génu-pectorale pour que, l'action de l'air se produisant, l'action de la pression atmosphérique, exercée au niveau du cul-de-sac postérieur,faisant équilibre à celle qui s'exerce sur la paroi abdominale, suffise à mobiliser le corps utérin qui retombe en avant avec la masse intestinale. Telle est au moins, d'après M. Courty, l'explication la plus simple du phénomène qu'on peut observer couramment chez la plupart des malades.

M. Courty lit un second travail sur le *traitement résolutif des fibro-myomes utérins*. Après quelques considérations générales sur cette affection, l'auteur indique son mode de traitement qui se compose d'un ensemble de moyens ayant tous une action spéciale et convergente par l'association de toutes ces actions réunies vers une action générale puissamment résolutive. L'ensemble de ces moyens par lesquels il propose de suppléer aux opérations graves qu'on a dirigées contre les fibro-myomes (hystérectomie, etc.) sont de deux sortes : 1° *Moyens généraux*, régime, laxatifs, purgatifs, iodure et bromure de potassium ; badigeonnages à la teinture d'iode ; eaux alcalines en boissons, en bains et en injections, hydrothérapie ; toniques : quinquina, fer et perchlorure de fer, etc. ; —2° *Moyens spéciaux.a*). Injections d'eau chaude phéniquée (25/1000) à une température aussi élevée que la malade peut la supporter (45°). Ces injections vaginales sont à la fois hémostatiques et décongestives. *b*). Ergotine d'Yvon (ergotine d'Yvon 1 gr., glycérine 7 gr., eau distillée 7 gr.). Prendre 1 gr. de cette solution par jour, soit à l'intérieur dans de l'eau sucrée, soit en injections hypoder-

miques. *c*). Applications de courants continus traversant l'utérus du col à la région du fibrôme pendant environ dix minutes. M. Courty a remarqué que ce courant est beaucoup plus actif et hémostatique, quand il est rendu intermittent, par exemple au moyen d'un métronome.

M. Verneuil dit que ce traitement peut certainement réussir, mais seulement dans le tiers de la moitié des cas. Il est surtout d'une efficacité remarquable lorsqu'il s'agit de fibrômes à la période congestive. On arrive alors à conjurer les hémorrhagies et même à entraver la marche de la tumeur. Mais il est loin d'en être de même dans les vieux fibrômes durs qui sont absolument rebelles. M. Verneuil ajoute que M. Courty a omis sans doute involontairement de citer parmi ses hémostatiques utérins, la morphine. L'ovaire qui, dans les fibrômes de l'utérus, suit la tumeur dans ses déplacements et peut occuper presque tous les points de l'abdomen, est quelquefois douloureux. Ces injections hypodermiques de morphine, faites dans le point correspondant au maximum de la douleur, calment celle-ci en même temps qu'elles arrêtent l'hémorrhagie. — Quant à la chaleur considérée comme moyen hémostatique, Malgaigne l'avait signalée il y a déjà longtemps. — M. Verneuil a pu arrêter des pertes énormes en plongeant des malades dans les bains aussi chauds que possible.

M. Courty dit que, dans les cas mêmes où le traitement ne réussit pas complétement, il amène toujours du soulagement et qu'il n'y a pas de malade chez laquelle on n'arrive à diminuer les hémorrhagies. Mais il est certain que la guérison complète du fibrôme est en effet purement impossible.

M. Millard demande à M. Courty quelle est son opinion sur l'action thérapeutique des eaux minérales de Salins, Saint-Nectaire, etc., sur les fibrômes utérins.

M. Courty répond que les eaux alcalines donnent de bons résultats, mais que l'on a considérablement exagéré leur efficacité.

M. Denucé (de Bordeaux) demande que l'on fasse dans le traitement des fibrômes une plus large part à l'ergotine qui lui a presque toujours réussi dans les cas d'hémorrhagie.

Séance supplémentaire du 14 août 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

M. F. Franck présente, au nom de M. Gairal père (de Carignan), un *anneau diadème* pour combattre les *prolapsus utérins* et *vaginaux*. C'est un anneau à charnière, dont la charnière antérieure, légèrement courbée en avant pour pouvoir conserver plus facilement ses rapports avec le pubis et le vagin, est plus élevée que la postérieure et que tout le corps de l'anneau, afin que le vagin, se réfléchissant plus haut, maintienne l'utérus plus élevé. La charnière postérieure, plus haute aussi que le corps de l'anneau, mais moins que l'antérieure, est droite ; elle se loge dans le cul-de-sac postérieur, pour, d'une part, contribuer à s'opposer à l'abaissement, de l'anneau en avant, et d'autre part, faire que la réflexion du vagin s'opère plus haut que si elle avait lieu seulement sur le corps de l'anneau ; en outre, le vagin, en se réfléchissant dans le champ de cet anneau, y forme une tente qui supporte l'utérus en tenant son col à l'abri de tout frottement.

M. Dumontpallier reconnaît que M. Gairal père a le premier imaginé les pessaires élastiques, il croit devoir cependant rappeler que autrefois Hodges a fait un pessaire métallique rigide dont les extrémités antérieures s'appuyaient sur les branches descendantes du pubis. Marion Sims a démontré les inconvénients de ces appareils, qui ont perforé le vagin et le rectum. Metz a fait un anneau métallique à un seul tour de spire métallique, recouvert de caoutchouc. Sims a fait plus tard un anneau rigide, comme celui de son maître Hodges, mais ovalaire, pour mieux s'adapter à la forme du vagin. Lorsque Gairal a fait son anneau, M. Dumontpallier a cherché à conserver à cet anneau ses avantages et à en faire disparaître les inconvénients. Il pense avoir réalisé ces désidératas avec son anneau à spires multiples, formé d'un ressort de montre très-souple recouvert d'une couche plus ou moins épaisse de caoutchouc.

Séance du 18 août 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

M. de Sinety envoie une note sur les *ulcérations du col de l'utérus dans les métrites chroniques.* Jusqu'à présent, on avait considéré ces lésions d'apparence ulcéreuse comme constituant toute la maladie dont elles ne sont, ainsi qu'on le reconnaît aujourd'hui, qu'une des nombreuses manifestations. L'examen histologique d'un certain nombre de cols utérins enlevés sur la femme vivante a permis à l'auteur de se convaincre que c'était au-dessous des couches épithéliales, encore normales, que l'altération commençait par une infiltration d'éléments embryonnaires, fait anatomique qui a été déjà signalé dans l'inflammation des autres muqueuses. On s'explique ainsi pourquoi ces *pseudo-ulcérations* de la portion vaginale du col utérin, qui accompagnent la métrite, se trouvent souvent si mal du traitement par les caustiques légers, tels que le crayon de nitrate d'argent, tandis qu'elles guérissent, et avec elles l'affection dont elles sont un symptôme, sans aucun agent topique et sous l'influence des saignées locales et principalement des scarifications. La cause d'erreur résidait dans ce fait que, jusqu'à présent, les histologistes n'avaient eu à leur disposition que des pièces recueillies à l'autopsie.

M. Verneuil, au nom de M. Terrillon, communique une note sur les *fistules ano-vulvaires* ou *périnéales* consécutives aux abcès de la glande vulvo-vaginale. A la suite de phénomènes inflammatoires localisés, soit au niveau de la glande vulvo-vaginale elle-même, c'est-à-dire vers la partie postérieure de la grande lèvre, soit un peu au-dessous, vers l'extrémité inférieure de cette dernière, on voit survenir une fistule qui communique avec l'extrémité inférieure du rectum ou la partie supérieure de l'anus, mais dont l'orifice extérieur est situé, dans le premier cas, au niveau ou dans le voisinage de l'orifice de la glande de Bartholin, dans le second cas, vers l'extrémité inférieure de la grande lèvre, plus ou moins près de la ligne médiane. Cette fistule peut s'établir d'emblée ou par poussées successives; comme les fistules à trajet long et anfractueux, il peut y avoir plusieurs orifices extérieurs. Il peut y avoir aussi des variétés considérables dans la longueur du trajet, la profondeur de l'orifice anal et l'épaisseur des tissus qui séparent ce trajet de la peau. Après avoir

exposé les différentes variétés de ces fistules, l'auteur arrive aux méthodes de traitement de ces fistules, qui constituent une véritable infirmité. Les injections irritantes ont été essayées dans plusieurs cas, mais elles paraissent avoir échoué. On a essayé alors le débridement large, de façon à transformer le trajet fistuleux en une plaie ouverte, et cela au moyen du bistouri. M. Terrillon, dans ces cas, préconise l'emploi du thermo-cautère, qui a l'immense avantage de produire une plaie exsangue, et de cautériser le fond des trajets fistuleux, ordinairement garnis de bourgeons fongueux. Lorsque la fistule est très-petite et courte, on pourrait employer la ligature élastique, laquelle serait cependant contre-indiquée dans le cas où l'on aurait une trop grande quantité de peau à couper. Enfin il pourrait se présenter que l'incision occupant toute la hauteur du périnée produisît un effet analogue à celui de la déchirure complète de la cloison. Dans ce cas, on serait autorisé à pratiquer immédiatement après un avivement soigneusement fait une périnéorraphie méthodique.

M. Denucé dit que, lorsqu'il était interne de Chassaignac à l'hôpital de Lourcine, il a également observé des fistules ano-vulvaires consécutives à l'inflammation de la glande vulvo-vaginale. M. Chassaignac en montra, dès cette époque même, un cas à M. Huguier qui était médecin du même hôpital.

M. Wiet, en son nom et au nom de M. Mathias Duval, communique quelques expériences relatives au *trajet abdominal des ovules par les cils vibratiles*. Depuis longtemps, M. Duval, peu satisfait de la théorie de l'adaptation tubaire et frappé, en outre, de l'importance que doivent jouer dans l'économie les cils vibratiles, s'était demandé si ce dernier agent n'intervenait pas pour favoriser la pénétration dans la trompe de l'ovule détaché de l'ovaire.

Cette hypothèse a été confirmée à la suite de recherches.

Sur le péritoine de grenouilles femelles, MM. Duval et Wiet ont toujours constaté, au moment du frai, la présence d'un épithélium à cils vibratiles se mouvant avec une grande vigueur. Il ne leur a jamais été possible de rencontrer ces éléments sur des péritoines de grenouilles mâles ni même de grenouilles femelles à tout autre moment que celui du frai. Ils ont fait avec succès les mêmes observations sur des chattes en rut et ils pensent que, pendant la menstruation, un phénomène semblable doit se passer chez la femme. M. de Sinety a d'ailleurs rencontré des cils vibratiles abondants sur des tumeurs

extraites du bassin, quelques jours avant la période des règles. — S'appuyant sur les données précédentes, les auteurs croient pouvoir formuler l'hypothèse de la « migration intra-abdominale des ovules par les cils vibratiles ».

Cette hypothèse semble d'autant plus acceptable que M. Duval, par des expériences et entre autres par l'expérience de la *limace artificielle*, a démontré combien considérable était réellement la force déployée par les éléments microscopiques. Cette étude sera poursuivie par MM. Duval et Wiet.

M. Tison expose quelques considérations pratiques à propos d'un cas d'*hydramnios*.

L'hydramnios est une question qui offre beaucoup de désidératas. Dans le cas actuel particulier, par ce premier fait que trois jours avant l'accouchement, il a été pris pour un kyste multiloculaire par un chirurgien très-distingué, le ventre avait des proportions plus considérables que dans les deux grossesses antérieures. L'accouchement, qui s'est terminé normalement, a présenté certaines particularités: grande lenteur du travail après une marche d'abord rapide; poche des eaux très résistante, qu'il a fallu percer avec une longue aiguille en bois ; écoulement de six litres de liquide amniotique ; impossibilité de faire le diagnostic de la présentation et de la position à cause de la malformation de la tête fœtale. Le fœtus, qu'on n'a pas pu faire respirer, présentait une ossification très-imparfaite des os du crâne, un raccourcissement très-considérable des premiers segments des quatre membres (bras, avant-bras, cuisse, jambe), avec une mobilité extraordinaire de toutes ces articulations.

M. Parrot dit qu'il a observé un certain nombre d'altérations analogues des os chez le fœtus. Il ne s'agit certainement pas là de rachitisme, mais bien d'un arrêt de développement des os, ayant son origine dans une lésion du cartilage qui est absolument stérile (*achondroplasie*). — Les fœtus qui présentent ces altérations du squelette sont généralement atteints d'hydrocéphalie, ce qui paraît être le cas du sujet de M. Tison ; quelques-uns de ces fœtus survivent, bien que ce soit rare ; c'est ainsi que Broca a présenté à la Société d'anthropologie un homme de quarante-deux ans qui était dans ce cas. Il serait très-intéressant de savoir si cette monstruosité coïncide quelquefois avec l'hydramnios et à ce point de vue l'observation de M. Tison est importante à conserver.

M. Tison ajoute comme complément de la description de son

fœtus, que le corps paraissait bien conformé dans son ensemble, mais que la peau semblait trop grande pour le corps. Au niveau des membres principalement, elle formait une série de plis qu'on pouvait facilement écarter en faisant glisser le tégument. Il existait également une quantité de dépressions plus ou moins profondes en forme d'infundibula, mais, dans ces points même, il n'existait aucune adhérence.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juillet 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DE SINETY.

HISTOLOGIE DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE, PAR M. DE SINETY.

La glande vulvo-vaginale, ses dimensions, sa situation, ses rapports, ont été décrits par un grand nombre d'anatomistes.

Au point de vue macroscopique, le mémoire d'Huguier (1) qui a servi de texte aux descriptions consignées dans la plupart des ouvrages modernes résume les notions que nous possédons sur ce sujet.

La structure histologique de cette glande a été également bien exposée dans un travail publié il y a peu d'années par Langerhans dans les *Archives de Virchow* (2). Néanmoins les recherches que j'ai entreprises, relativement à ces organes, m'ont permis d'observer quelques faits nouveaux, dont l'exposé fera le sujet de cette communication. La plupart des auteurs qui se sont occupés du développement des glandes de Bartholin s'accordent à dire que, chez l'enfant elle pos-

---

1. Huguier, *Mémoire sur les appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme et chez les animaux.* (Académie de médecine, séance du 31 mars 1846. *Annales des sciences naturelles* t. XIII, avril 1850).
2. Langerhans, *Ueber die accessorischen Drüsen der Geschlechts organe* (*Arch. de Virchow*, 1864, t. LXI).

sèdent déjà les mêmes caractères que chez l'adulte. Cette notion m'a conduit à choisir principalement de jeunes sujets. J'ai pu ainsi, au moyen de coupes histologiques comprenant toute la hauteur de la glande et des tissus qui l'entourent, mieux me rendre compte de sa structure et des rapports de ses différentes parties.

Je rappellerai que ces organes glandulaires sont placés sur les parties latérales et postérieures du tiers inférieur du vagin, et remontent à plus d'un centimètre au-dessus de l'hymen ou de ses débris, ainsi qu'Huguier l'a très-bien établi (1). Leur canal excréteur débouche dans le sillon qui sépare la face externe de l'hymen ou des caroncules myrtiformes de la face interne de la petite lèvre, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'orifice vaginal, au-dessous et non au niveau des extrémités du diamètre transversal de cet orifice.

On a souvent insisté sur la dimension, la forme, le poids des glandes vulvo-vaginales. Cependant, si on étudie des coupes comprenant toute la glande, on voit, qu'au lieu de former un organe limité, entouré d'une enveloppe fibreuse, elle est au contraire diffuse et composée d'un grand nombre de grains glandulaires, disséminés sans ordre régulier et souvent séparés les uns des autres par du tissu conjonctif et des faisceaux de muscles striés. Les lobules sécréteurs sont tapissés d'une couche d'*épithélium caliciforme* (2) se rapprochant beaucoup par ses caractères de celui que nous avons décrit dans le col de l'utérus (3). Ce qui nous explique la ressemblance des produits de sécrétion de ces deux régions, ressemblance qui a attiré l'attention de plusieurs observateurs (4).

Les lobules à cellules caliciformes débouchent, par un point rétréci, dans des sortes de sinus tapissés d'épithélium cubique. De ces sinus, partent des tubes excréteurs, à lumière assez étroite, revêtus d'une seule rangée d'épithélium cylindrique. Le canal excréteur commun présente plusieurs couches superposées d'épithélium cylindrique devenant pavimenteux au voisinage du point où il se termine. Dans toute son étendue, presque jusqu'à son orifice vulvaire, ce

---

1. Huguier, *loc. cit.*, p. 17.
2. Ces cellules caliciformes n'ont pas été, que nous sachions, mentionnées dans la glande vulvo-vaginale. Cependant, sans leur donner cette dénomination, Langerhans avait bien décrit leur aspect et leurs principaux caractères, tels que la non-coloration du corps de la cellule par la plupart des réactifs, et la situation du noyau à la partie profonde de l'élément épithélial (Langerhans, *loc. cit.*, p. 223).
3. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1875, t. XXVII, p. 210.
4. Alphonse Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, p. 266

conduit reçoit de petites glandes venant s'ouvrir à des hauteurs variées, et lui apportant directement leur produit de sécrétion, sans l'intermédiaire de tissus ou de canaux secondaires. De nombreux vaisseaux sanguins et beaucoup de nerfs accompagnent ces amas glandulaires. Les artères les plus volumineuses sont situées dans la partie supérieure. Le stroma conjonctif est riche en fibres musculaires lisses, principalement disposées autour des tissus et des canaux excréteurs. Les muscles striés forment une épaisse couche en dedans et en dehors de la glande et un certain nombre de faisceaux striés séparant les uns des autres les acini, ainsi que nous l'avons déjà signalé. Il résulte de cette disposition, que la glande vulvo-vaginale se compose d'un amas de glandules disséminées, présentant une plus grande épaisseur sur certains points, ce qui permet de les sentir entre les doigts et déversant leurs produits de sécrétion dans un canal collecteur commun.

Nous avons vu également que l'épithélium sécréteur diffère essentiellement par ses caractères histologiques de celui qui revêt les diverses voies de l'excrétion.

L'existence des acini venant s'ouvrir dans presque toute la hauteur du conduit excréteur explique peut-être le mode de formation de certaines fistules vulvo-vaginales, à orifices multiples, communiquant les uns avec les autres, à la suite de l'inflammation de plusieurs grains glandulaires. Nous croyons, également, que des kystes profonds du tiers inférieur du vagin peuvent se développer aux dépens d'une ou de plusieurs des petites glandes secondaires disséminées. En effet, dans des cas de ce genre, on est frappé de l'épaisseur des tissus qu'il faut diviser pour arriver jusqu'aux parois du kyste, ce qui est en rapport avec notre hypothèse.

(*Gazette médicale de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

Séance du 9 juillet 1880.

INVERSION TOTALE ANCIENNE DE L'UTÉRUS. — DE SON TRAITEMENT PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE (1).

Par le Dr G. Poinsot, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

L'inversion utérine a été divisée par les auteurs en partielle et en totale, suivant que le fond seul de l'organe a franchi le col sur une plus ou moins grande étendue ou que le col lui-même participe au renversement. Telle est la classification admise par Courty (2), Barnes (3), Depaul (4), qui acceptent sans conteste l'existence de l'inversion totale et se contentent de signaler la rareté plus grande de cette variété. Même les deux formes de l'inversion ont paru à quelques écrivains également fréquentes, ou, plutôt, également rares.

C'est ainsi qu'un gynécologiste anglais, Lawson Tait, dans son *Traité des maladies des femmes*, après avoir déclaré que les chirurgiens sont rarement appelés à traiter des inversions utérines, ajoute que, pour sa part, il n'a jamais vu d'inversion partielle, tandis qu'il a observé l'inversion totale (5).

Dans ces derniers temps, la question a été reprise. On s'est un peu méfié de la dénomination *inversion complète* adoptée par les auteurs d'un grand nombre d'observations, et, par une critique rigoureuse, on a pu établir que la plupart de ces faits se bornaient à mentionner la lésion, sans en préciser le caractère et l'étendue, et que, dans les

---

1. Travail communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 9 juillet 1880.
2. Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2me édit., 1872, p. 809.
3. Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. par Cordes, 1873, p. 423.
4. Depaul, *Inversion utérine au moment de l'accouchement* (*Arch. de Tocologie*, avril 1879).
5. Lawson Tait, *Diseases of women*, London and Edinburg 1877, p. 142.

faits plus détaillés, il y avait eu évidemment un abus de mot, et qu'une inversion partielle portée fort loin, mais avec conservation du col à l'état d'anneau rigide, avait été donnée comme exemple d'inversion totale. M. Jude Hue, dans un important mémoire (1), n'a, en dehors d'une observation personnelle, trouvé qu'un seul fait de Boyer qu'il pût considérer comme une inversion totale authentique, et ces deux faits eux-mêmes ont été, devant la Société de chirurgie, l'objet des critiques de M. Guéniot, qui leur a contesté ce caractère (2).

Depuis cette époque, l'existence de l'inversion totale a été mise hors de doute : MM. Forget (3) et Cazin (4) en ont publié chacun une observation fort nette, avec pièces ou dessins à l'appui. Le fait qui a provoqué cette communication pourra, je l'espère, être considéré également comme assez caractéristique pour mériter sa place parmi les observations d'inversion totale.

J'ai tenu à insister sur la réalité de cette forme de l'inversion utérine, parce qu'il en découle une indication thérapeutique importante.

Les moyens employés dans le traitement de l'inversion utérine ancienne peuvent se ramener à deux grandes classes : 1° réduction ; 2° amputation.

La réduction, sous la réserve de ne point s'obstiner dans un taxis forcé et d'adopter le procédé de Courty par fixation de l'utérus(5), ou, mieux encore, celui de Tyler Smith par compression élastique prolongée, est sans contredit le mode de traitement le plus efficace et le moins dangereux : il offre, en outre, l'immense avantage de ne point mutiler la malade. La durée de l'inversion ne saurait même être regardée comme un obstacle à la réussite des tentatives de réduction, puisqu'un des premiers succès de Tyler Smith a été obtenu dans un cas d'inversion datant de douze ans. Mais c'est une exagération extrême de prétendre que la réduction pourra être obtenue chez toutes les malades et de proscrire toute opération plus radicale. Telle est cependant l'opinion de Lawson Tait et de Barnes. « Le succès qui a suivi l'emploi de la méthode de Tyler Smith, même alors que l'inversion existait depuis douze ans, dit Lawson Tait, montre bien que c'est là le véritable traitement et défend formelle-

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2° série, 1879, t. V, p. 530.
2. *Ibid.*, p. 529.
3. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2° série, 1879, t. V, p. 559.
4. *Ibid.*, p. 786.
5. Courty, *loc. cit.*, p. 919.

ment toute tentative d'amputation de l'organe inversé (1). » Barnes n'est pas moins catégorique : « La pression élastique, seule ou aidée par les incisions, triomphera, j'en suis convaincu, de toutes les inversions, sauf quand il y aura des adhérences inflammatoires. Il faut complétement rejeter le taxis forcé et l'amputation (2). »

Ici surtout éclate l'importance de la méprise faite entre les deux grandes variétés d'inversion totale ou partielle.

Dans l'inversion partielle, le col pourra se présenter sous deux états fort opposés : ou bien rigide, contracturé, au point de rendre la réduction très-difficile ou impossible et même d'amener la gangrène de la portion inversée, c'est là l'exception ; ou bien, au contraire ouvert, susceptible d'un certain degré de dilatation, ce qui est le cas le plus ordinaire. L'utérus, dans cette forme, est courbé sur lui-même, et, comme l'a fait justement remarquer M. Jude Hue, toutes ses propriétés contractiles et élastiques tendent à son redressement. En outre, l'effort exercé sur le fond de l'organe a une direction fixe : toujours il portera sur la gouttière formée par la portion non inversée du col, et aura exactement pour effet de redresser la courbure anormale. Rien de pareil dans l'inversion totale : l'organe est bien ici dans une situation *inverse* de l'ordinaire ; mais cette situation s'accommode fort bien de l'élasticité et de la contractilité des fibres et y trouve une raison de se maintenir. Ici encore, l'effort de réduction n'agira pas rigoureusement suivant la direction voulue ; il s'exercera sur les attaches vaginales de l'utérus, mais dans un sens que la mobilité de l'organe rendra constamment variable et n'aura, par suite, qu'une très-médiocre efficacité.

Donc, pour l'inversion totale, la réduction doit céder le pas à une intervention plus radicale, l'amputation de l'organe. Mais, par un singulier malheur, au dire de quelques critiques, et entre autres de M. Desprès, il se trouverait que celle-ci donnât en pratique ses pires résultats dans cette forme d'inversion à laquelle elle convient le mieux en théorie. « Toutes les inversions complètes de l'utérus qui sont opérées succombent, dit M. Desprès, parce que la tumeur n'est pas pédiculée, tandis que l'utérus incomplétement inversé et invaginé, se trouvant par sa position même avoir subi déjà un commencement de ligature, est en partie préservé par cela même de toute

1. Lawson-Tait *loc., cit.*, p. 143.
2. Barnes, *loc. cit.*, p. 428.

hémorrhagie ; de là des chances de succès et de guérison (1). » M. Desprès cite à l'appui un fait où l'amputation, faite avec le clamp, détermina une péritonite mortelle : c'est là le seul résultat numérique qu'il indique pour appuyer sa proscription de l'amputation. Rien de plus facile que d'y répondre en citant le fait de M. Cazin où la totalité de l'inversion fut admise, après examen de la pièce, par la majorité des membres de la Société de chirurgie, et où cependant l'amputation fut suivie de succès. J'invoquerais également mon observation personnelle, si M. Desprès n'avait contesté que, chez ma malade, l'inversion fût totale : je me réserve seulement de démontrer plus loin qu'il s'est trompé en cela comme dans son appréciation des dangers de l'intervention radicale.

Que l'hémorrhagie fût à craindre avec les anciens procédés d'amputation (excision avec ligature, écrasement linéaire, ligature extemporanée), je ne le conteste pas, bien que les statistiques de West (2), de Gaillard Thomas (3), celle produite dernièrement par M. Delens (4), ne donnent qu'une mortalité relativement faible. M. Desprès peut, en effet, alléguer contre ces statistiques qu'elles s'appliquent à tous les faits d'inversion, sans distinction de variété. Mais la ligature lente de Courty, l'écrasement linéaire employé aussi lentement suivant le procédé de Denucé, et surtout la ligature élastique, me paraissent mettre absolument à l'abri de tout danger. A propos de ce dernier moyen, je rappellerai que, mis en usage dans 7 faits (Courty 2, Arles 1, Jude Hue 1, Chauvel 1, Périer 2), il a toujours été suivi d'un résultat favorable. Si je démontre que mon fait est un exemple d'inversion totale, il en résultera que la ligature élastique s'est montrée également heureuse dans les deux formes d'inversion. Ce succès n'a d'ailleurs rien qui contredise les idées de M. Desprès sur les conditions pathologiques qui rendent plus innocente l'amputation de l'utérus incomplètement inversé. Cette pédiculisation à laquelle il attache tant d'importance, elle est obtenue avec la ligature élastique et par un mécanisme qui rappelle celui de la nature. C'est par une sorte de tassement que le lien agit d'abord,

1. Séance du 23 juin 1880, *Société de chirurgie* (in *Revue médicale française et étrangère*, 26 juin 1880).
2. West, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. de Ch. Mauriac, Paris, 1870, p. 291.
3. Gaillard Thomas, *Pratical treatise of the diseases of women*, Philad. 3e éd., 1872, p. 417.
4. *Société de chirurgie*, séance du 23 juin 1880, *loc. cit.*

et la section se complète par la séparation de la portion enserrée dans les parties laissées au-dessus du lien.

Le fait suivant montre tout le profit qu'on peut attendre de ce moyen dans l'amputation de l'utérus inversé.

OBSERVATION.

Madame M..., âgée de quarante-huit ans, mariée, vient, en octobre 1879, à Bordeaux, pour y être traitée d'une affection utérine dont les progrès, après avoir altéré sérieusement sa santé, finissaient par compromettre son existence.

Le début de l'affection remonte à dix-huit ans, époque à laquelle madame M... eut un enfant. L'accouchement fut, dit-elle, normal, et la délivrance n'offrit rien de particulier; mais, à partir de cette date, la malade fut sujette à des métrorrhagies abondantes, d'abord assez éloignées et se confondant avec les règles, puis se rapprochant et finissant par empiéter sur l'intervalle des époques menstruelles. Les accidents étaient cependant compatibles avec une santé relative, car ce fut seulement en 1873, douze ans après leur début, que madame M... réclama des soins médicaux. On constata alors l'existence d'un polype, du volume d'une grosse figue, et qui fut enlevé par torsion, non sans quelques difficultés.

Madame M..., qui se félicitait d'avoir, par l'opération, obtenu un soulagement à ses maux, se vit bientôt déçue dans cette espérance. Les hémorrhagies continuèrent avec la même fréquence et une abondance peut-être augmentée. Dans la dernière année, la malade ne pouvait rester debout sans avoir une perte sanguine, bientôt suivie de syncope ; dans l'intervalle des hémorrhagies, qu'elle évitait par le repos au lit, elle était constamment mouillée par des pertes blanches très-copieuses et d'une odeur particulièrement désagréable.

On comprend que, dans ces conditions, la santé de madame M... avait dû subir une atteinte profonde. Sa face était pâle et bouffie, les muqueuses décolorées ; il existait un œdème notable des membres inférieurs. L'appétit était nul et des vomissements fréquents venaient encore ajouter au trouble de la nutrition.

C'est dans cet état d'épuisement, que madame M.... fut adressée à mon confrère et ami le Dr Bosq. Celui-ci, à un premier examen fort rapide, constata l'existence dans le vagin d'une tumeur attenant évi-

demment à l'utérus, et, croyant à la nécessité d'une action chirurgicale, réclama mon intervention.

Voici ce que nous constatons ensemble :

Le doigt, introduit dans le vagin, y rencontre une tumeur du volume et de la forme d'une poire moyenne, à grosse extrémité dirigée en bas. Le pourtour de la partie supérieure de cette tumeur peut être exactement suivi ; elle se continue, sur toute sa circonférence, avec les culs-de-sac vaginaux. En aucun point, le doigt ne peut trouver d'espace par où pénétrer plus avant. J'essaie, mais également en vain, de découvrir une cavité avec la sonde utérine. Il s'agit donc, non pas d'un polype, mais bien certainement d'un utérus inversé dans sa totalité.

Le toucher rectal, combiné avec l'introduction d'un cathéter dans la vessie, confirme ce diagnostic, en faisant reconnaître que l'utérus n'occupe pas sa situation normale.

La cause d'un déplacement aussi complet me parut d'abord malaisée à découvrir ; mais en y réfléchissant, je crus pouvoir admettre que, malgré les renseignements fournis par la malade sur son accouchement et ses suites, il avait dû se produire à ce moment un certain degré d'inversion, et que, plus tard, le procédé même choisi pour enlever le polype avait achevé d'inverser l'utérus.

Quoi qu'il en fût, la durée des accidents ne me permettait pas de songer à la réduction, et d'autre part l'affaiblissement de l'état général constituait une indication pressante d'agir.

Je proposai l'amputation de l'utérus par la ligature élastique.

L'opération fut pratiquée le 4 octobre, la malade étant anesthésiée par le chloroforme. Je fus aidé par MM. le Dr Bosq, le Dr Davezac, chef de clinique de la Faculté, et M. Courtin, interne de l'hôpital Saint-André.

Le manuel fut des plus simples ; saisissant le fond de l'utérus avec des pinces de Museux, j'amenai au dehors l'organe tout entier à l'aide de tractions prudemment ménagées. Il me fut alors facile de constater, comme contrôle de mon diagnostic : 1° que le sang qui s'écoulait avec une certaine abondance provenait de la tumeur même ; 2° qu'une fine aiguille pénétrait aisément le tissu de cette dernière ; 3° que la partie la plus reculée de la tumeur se continuait directement avec la paroi du vagin.

Après m'être assuré que l'infundibulum péritonéal de l'utérus ne contenait aucun organe susceptible d'être lésé par la ligature

(intestin, diverticulum de la vessie), j'appliquai, un peu au-dessous des lèvres du col et sur le col lui-même, une chaîne d'écraseur que je serrai jusqu'à ce que la tumeur cessât de fournir du sang. Alors, avec le thermo-cautère, je traçai, au-devant de la chaîne, un sillon profond d'un demi-centimètre, dans lequel je plaçai le lien élastique, constitué par un drain de petit calibre. Ce lien fut amené à une assez grande distension, fortement serré et fixé par un double nœud. J'avais eu soin de laisser les deux chefs assez longs pour qu'ils pussent sortir par la vulve après la rentrée des parties.

La chaîne d'écraseur enlevée, je procédai à cette rentrée, quand l'utérus eut été soigneusement lavé avec une solution phéniquée faible, quelques injections du même liquide servirent à débarrasser le vagin du sang qu'il contenait. L'opération elle-même s'était faite sans la moindre hémorrhagie.

La malade, ayant été opérée sur le bord du lit, n'a qu'à subir un léger déplacement pour être recouchée. Décubitus dorsal avec les cuisses rapprochées et légèrement fléchies sur le ventre. L'immobilité absolue est recommandée.

Je prescris des pilules d'extrait d'opium de 1 centigramme (à prendre une pilule toutes les heures quand les effets du chloroforme cesseront de se faire sentir).

Je revois la malade à *cinq heures*. Elle a déjà pris une pilule ; elle est calme et dit souffrir fort peu. Le ventre n'est pas tendu ; un peu de douleur à la pression dans l'hypogastre. Pouls à 90, très-faible ; température 37. La malade, pour calmer sa soif, prend de la limonade gazeuse.

A *dix heures du soir* le calme persiste ; il est tel que le Dr Bosq, par qui est faite cette visite tardive, ne juge pas utile de faire une injection de morphine dont nous étions convenus le matin.

La malade prend 2 grammes de chloral en potion.

Comme elle n'a pas uriné depuis l'opération et qu'elle éprouve quelques envies, le Dr Bosq pratique le cathétérisme et évacue une bonne quantité d'urine normale.

5 *octobre*. — La nuit a été calme ; la malade a pu dormir quelques heures. Les douleurs sont extrêmement modérées : aucune envie de vomir. Le cathétérisme a dû être pratiqué de nouveau vers six heures du matin.

Pouls à 96 ; temp. 37,6.

Injections phéniquées faites trois fois dans la journée pour nettoyer le vagin des pertes abondantes et assez odorantes qui s'en écoulent. L'extrait d'opium est continué.

Dans l'après-midi, la malade urine sans secours.

6 *octobre*. — La nuit a été bonne. Ce matin la malade éprouve quelques douleurs à la pression dans la région de l'ovaire droit. Léger ballonnement du ventre, qui est d'ailleurs indolent dans les autres points.

Pouls à 100, plus plein ; temp. 38.

J'insiste sur l'extrait thébaïque et les injections phéniquées. Bouillon froid, limonade vineuse.

7 *octobre*. — La malade a été agitée pendant la nuit. Dans la matinée elle a vomi du bouillon qu'elle venait de prendre. Il y a de la douleur dans les fosses iliaques. Les pertes sont toujours abondantes mais ont perdu de leur fétidité. Pouls à 110 ; temp. 38,2.

Onction d'onguent belladoné et cataplasme sur le ventre. Extrait thébaïque et injections phéniquées.

La journée se passe sans que la malade vomisse de nouveau ; les douleurs deviennent modérées.

La température du soir est à 38,4.

8 *octobre*. — Nuit bonne ; la malade n'a pas vomi, bien qu'elle ait pris assez fréquemment du bouillon et elle a pu dormir.

Le ballonnement du ventre persiste avec de légères douleurs dans les points indiqués. Pouls à 100 ; temp. 37,8.

Même régime.

9 *octobre*. — Le ventre est toujours ballonné, mais les douleurs ont presque entièrement disparu même à la pression. Pouls à 80 ; temp. 37.

L'extrait thébaïque est supprimé, mais on continue soigneusement les injections vaginales.

Je permets à la malade quelques potages et des biscuits trempés dans le vin.

10 *octobre*. — Etat satisfaisant. Pouls à 86 ; temp. 37,4.

11 *octobre*. — Rien de nouveau à signaler ; le ballonnement persiste, mais il n'existe plus de douleurs. — La malade se nourrit ; elle prend plusieurs potages, des œufs mous, temp. 37,2.

12 *octobre*. — En pratiquant le toucher pour la première fois depuis l'opération, je constate que la tumeur utérine est devenue absolument molle ; la pression y détermine une sorte de crépitation ga-

zeuse. Il m'est possible d'atteindre le lien constricteur ou plutôt le sillon profond qui marque sa place.

La malade accuse de l'inappétence ; état saburral de la langue. Comme il n'y a pas eu de selles depuis l'opération, j'ordonne 15 grammes d'huile de ricin.

13 *octobre.* — Le laxatif, n'ayant produit aucun effet, doit être renouvelé. Même état saburral, mais le ventre est souple et indolent.

Pouls à 92 ; temp. 37,8.

17 *octobre.* — Selles abondantes pendant la nuit.

En pratiquant le toucher, je constate qu'il n'existe plus de tumeur dans le vagin. Je reconnais distinctement l'anse du lien élastique, encore adhérente en haut, mais l'utérus a disparu. Je m'informe alors si rien d'anormal n'a été rencontré dans les selles, mais on m'avoue que les personnes de l'entourage, incommodées par l'odeur, ont, malgré mes recommandations, jeté immédiatement les matières sans même les examiner.

16 *octobre.* — Le lien élastique se détache sous une faible traction.

L'état général de la malade est excellent ; elle reprend rapidement ses forces. Les pertes vaginales, jusqu'alors fort abondantes, ont notablement diminué depuis la chute de l'utérus.

Le toucher vaginal révèle l'existence, au fond du vagin, d'un moignon dont la surface est comme déchiquetée. Le toucher rectal combiné avec le cathétérisme rend certaine l'absence de l'utérus dans l'hypogastre.

Dans cette même journée, la malade expulse une sorte de sac membraneux, à parois tomenteuses, et qui par sa flaccidité m'avait échappé pendant le toucher. L'état de macération de ce débris n'en permet pas l'examen histologique.

A partir de ce moment, la malade acquiert de jour en jour des forces et de l'embonpoint.

Elle se lève le 25 octobre, et quitte Bordeaux dans les premiers jours de novembre.

Avant son départ, je pratique le toucher et trouve, au lieu normalement occupé par le col, un moignon non plus déchiqueté, mais parfaitement lisse et arrondi. Le spéculum nous fait voir que ce moignon a presque absolument l'aspect du col normal et présente une sorte d'orifice.

J'ai écrit ces jours derniers à la malade pour connaître l'avenir de l'opération. J'apprends (20 juin 1880) qu'elle n'a plus eu de pertes d'aucune nature et que sa santé est excellente. Elle a cessé d'être réglée depuis l'opération.

Je désire revenir sur un point important de cette observation : le degré de l'inversion, sur lequel M. Desprès a émis des doutes (1). Je ferai remarquer que, dans mon premier examen, je ne pus avec le doigt reconnaître aucun repli du col, qui s'infléchissait seulement en dehors pour se continuer avec la paroi du vagin, si bien que l'organe tout entier avait la forme d'un vase à large goulot et à bords évasés. Quand j'eus amené l'organe au dehors, il me fut facile de constater *de visu* et de faire constater aux confrères qui m'entouraient que le renversement était total ; je pouvais même placer deux doigts au-dessus du col, sur le vagin. Je ne crois pas que, dans ces conditions, il puisse rester des doutes sur l'étendue de l'inversion.

La section de l'utérus s'est effectuée assez rapidement, au dixième jour : c'est la même durée de la cure que dans l'observation de M. Chauvel. Chez la malade de Courty, la chute de la portion liée eut lieu au quatorzième jour; elle se fit au quatorzième et au dix-huitième jour chez les malades de M. Périer, au vingt-troisième jour dans le cas d'Arles et au quarante-deuxième jour seulement dans celui de Hue. Ce dernier fait s'écarte, on le voit, sensiblement de la durée moyenne fournie par les autres observations ; mais, de l'aveu même de l'auteur, la ligature avait été serrée très-lâchement à cause de la friabilité des tissus, et la même crainte empêcha d'attirer plus tard l'utérus au dehors pour augmenter le degré de la constriction. Cette manière de procéder explique le retard de la guérison ; elle méritait d'être relevée, car M. Cazin a surtout invoqué la durée du traitement dans le cas de M. Hue pour donner la préférence à la ligature métallique progressive.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

1. *Société de chirurgie*, séance du 30 juin.

REVUE DE LA PRESSE

TUMEUR FIBRO-KYSTIQUE DE L'OVAIRE. POIDS 5 KILOG.—OVARIOTOMIE. FAITE PAR M. DERVILLE, DE ROUBAIX. — GUÉRISON.

Observatione recueillie par M. Barbry, médecin de l'hôpital de Wattrelos. — Sophie L..., tisserande, entrée à l'hôpital de Wattrelos le 2 juin 188C, est âgée de quarante-cinq ans et demi. Mariée une première fois à vingt-sept ans et une seconde fois à trente-quatre ans, elle eut une petite fille du premier lit et cinq enfants du second. Depuis environ six ans elle ne jouit plus d'une bonne santé.

Elle eut une pleurésie grave à la suite de son avant-dernier accouchement en 1875. A peine convalescente elle devint de nouveau enceinte et accoucha le 17 janvier 1877.

Les accouchements ont toujours été peu laborieux, mais elle ne se remit jamais complétement du dernier.

Je passerai brièvement sur les antécédents qui n'ont aucune importance. Cette femme depuis environ dix-huit mois s'aperçut que son ventre grossissait et devenait douloureux. La menstruation d'abord régulière et normale devient irrégulière et moins abondante pour se changer bientôt en écoulement continu d'un mélange de sang et de mucosités.

Les douleurs augmentaient et le travail étant devenu impossible, elle vint à ma consultation à la fin de juin 1879.

Je constatai alors une tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis et sur la ligne médiane. Après un long examen, je supposai que cette tumeur avait pour siège l'utérus ou ses annexes, me promettant de mieux préciser mon diagnostic à l'avenir. Toutefois je ne lui cachai pas la gravité de son affection. Quelques calmants, bains, etc., furent prescrits, et se trouvant mieux, elle reprit le travail. Depuis le 10 juillet 1879 n'ayant plus eu l'occasion de la revoir, je n'ai pu suivre la marche de la maladie.

Aujourd'hui, à son entrée à l'hôpital, cette malade, qui est d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une taille et d'une corpulence moyenne, présente l'aspect d'une femme arrivée au terme de sa grossesse.

Examen dans la station debout. — On constate une tumeur globuleuse qui remplit le ventre presque uniformément, mais qui remonte plus haut à droite qu'à gauche ; un léger sillon existe sur le bord supérieur. Elle est dure, se laissant néanmoins déprimer par une forte pression en certains points sans que l'on puisse manifestement constater de la fluctuation. Dans cette position, la tumeur ne paraît nullement mobile.

Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus et celui-ci dans leur position normale. Rien de changé dans leur volume ni dans leur rapport avec les parties voisines. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur qui remplit complètement le bassin.

Le doigt qui a servi à l'exploration est entouré de mucosités sanguinolentes.

Examen dans la position horizontale. — Tous les symptômes constatés dans la position verticale, hors la mobilité de la tumeur qui est ici évidente ; on peut la faire mouvoir en tous sens et elle paraît exempte de toute adhérence.

Je diagnostiquai un kyste de l'ovaire. La malade fut soumise à un régime réparateur, à l'usage du quinquina et du perchlorure de fer et après huit jours de repos à l'hôpital, son état général s'améliorant, je crus le moment venu d'intervenir chirurgicalement.

Je priai donc MM. les docteurs Carette et Derville, médecins de l'hôpital de Roubaix, de vouloir bien me prêter leur concours dans ce cas, ce qu'ils firent avec une amabilité et un désintéressement pour lesquels ils voudront bien recevoir ici mes plus sincères remerciments.

MM. Carette et Derville, ayant vu la malade le 10 juin, constaté tous les symptômes ci-dessus indiqués, posé le diagnostic avec toute la précision possible, et la patiente étant bien disposée pour l'opération, il fut arrêté que l'ovariotomie serait faite le lendemain 11 juin.

11 *juin quatre heures du soir.* — *Opération.* — La patiente a pris un lait de poule le matin et un léger bouillon vers dix heures. L'intestin a été vidé par un lavement émollient.

Une grande salle récemment peinte à la chaux, située à l'est, ayant

six châssis avec vasistas, donnant sur un jardin potager et une vaste plaine, est choisie pour lieu d'opération et séjour de l'opérée. Aucun malade atteint d'affection contagieuse n'a été placé dans cette pièce depuis deux ans. La femme est placée sur un lit assez élevé et peu large afin de faciliter les manœuvres opératoires.

Le chloroforme est bien toléré et l'anesthésie arrive facilement.

M. Derville, qui a déjà pratiqué l'ovariotomie avec succès en avril 1876, veut bien opérer avec l'aide de MM. Carette, Largillière, Barbry et Pennel, élèves en médecine.

Les mains de l'opérateur et des aides ainsi que les instruments sont passés à l'eau phéniquée. L'incision de la peau est faite sur la ligne médiane, de la cicatrice ombilicale au pubis. Un peu de sérosité et quelques gouttes de sang s'écoulent ; ceci épongé, une seconde incision découvre la ligne blanche qui est divisée avec le péritoine par le bistouri appuyé sur la sonde cannelée. 250 grammes environ de liquide ascitique clair s'échappe par cette ouverture.

Une tumeur globuleuse d'un blanc nacré se présente à l'ouverture abdominale ; son pédicule se rattache au ligament large gauche.

Le tout étant épongé, on plonge un gros trocart dans les endroits les plus fluctuants, il ne sort que peu de liquide séreux, séro-purulent ou couleur chocolat selon le kyste ponctionné.

Mais après cinq ou six ponctions la tumeur n'a guère diminué de volume.

L'opérateur porte la main sur la face postérieure de la tumeur, la contourne en tous sens, s'assure qu'elle n'a pas d'adhérences et cherche à la faire basculer à travers la plaie.

Il ne parvient qu'à l'attirer en partie, son volume ne permettant pas de l'extraire entièrement. De nouvelles ponctions sont faites sur les points fluctuants que l'on peut atteindre, il s'écoule quelque peu de liquide, mais la tumeur conserve son volume.

L'incision est alors prolongée de 0,03 à 0,04 en haut sur le côté droit de l'ombilic, qu'elle contourne dans le sens du grand diamètre de la tumeur, et l'opérateur passant la main sur sa face postérieure l'amène après grands efforts à travers l'ouverture abdominale. Après un lavage, on voit le grand épiploon étalé sur la partie supérieure et postérieure du kyste et y adhérant presque complétement, avec les doigts l'on parvient à le détacher, mais non sans peine ni sans éraillures. Un écoulement de sang assez abondant s'ensuit et l'on cherche à l'arrêter par des ligatures et des torsions, mais en vain.

L'hémorrhagie continuant, l'épiploon ayant déjà subi quelques mutilations, prenant une couleur violacée, la patiente commençant à montrer de la fatigue, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas plus prudent d'en faire le sacrifice que de le conserver dans de telles conditions. Nous fûmes d'avis de l'enlever complétement, jugeant qu'il ne pouvait que nuire.

Pour cela, il est divisé avec le doigt, au niveau de son insertion au gros intestin, en trois faisceaux, une ligature avec fil de catgut phéniqué est placée à la base de chacun d'eux et la section en est faite. Un serre-nœuds étreint le pédicule qui a de 10 à 12 centimètres, de longueur sur 2 à 3 centimètres de diamètre, et il est sectionné le plus près possible de la tumeur.

La cavité péritonéale et les intestins étant bien lavés et après sê'tre assuré qu'il n'existe plus aucun écoulement sanguin, la plaie abdominale est fermée par des sutures profondes avec fil métallique et quelques sutures superficielles avec épingles.

Un clamp remplace ensuite le serre-nœuds et fixe le pédicule à la partie inférieure de la plaie. Le pédicule est momifié avec le perchlorure de fer. Une compresse imbibée d'eau phéniquée est placée sur la plaie, tout le ventre est entouré d'une épaisse couche d'ouate et la malade est placée sur un lit préalablement chauffé.

L'opération a duré une heure.

A peine dans son lit, l'opérée dit ressentir des douleurs dans le ventre qu'elle compare aux douleurs produites par toutes les blessures.

Le pouls donne 120 à 130 pulsations.

Les membres sont un peu froids.

Un café avec du cognac est prescrit.

Deux heures après l'opération, une légère réaction s'est manifestée et la température du corps est normale, le pouls marque 120 pulsations et l'état général est bon, il n'y a eu aucun frisson. Limonade vineuse, pilules d'extrait d'opium de 0,02 toutes les deux heures.

Dans la soirée, la malade a eu deux vomissements muqueux.

12 *juin*. Le lendemain 12 juin, sept heures du matin, nous apprenons que la nuit a été assez bonne, les douleurs de ventre se sont assez calmées pour permettre un peu de sommeil ; la malade a uriné trois fois naturellement. Ce matin elle est calme, le pouls marque 120.

Chaleur normale, ventre souple, nullement ballonné, peu sensible à la pression, douleur modérée.

La malade se sent plus à l'aise qu'avant l'extraction de sa tumeur et nous entretient volontiers de ses espérances de guérison. Un lait de poule lui est ordonné avec quelques bouillons aux herbes pour la journée.

Huit heures du soir. Même état satisfaisant, peu de fièvre; douleurs presque nulles.

13 *juin*. Environ quatre heures de bon sommeil la nuit, la malade dit n'avoir reposé aussi bien depuis longtemps, 120 pulsations, température normale. Le premier pansement enlevé, on constate que les bords de la plaie sont presque entièrement réunis, il n'existe ni rougeur, ni gonflement. Le ventre n'est nullement ballonné et n'est guère sensible, la malade change facilement de position. Même pansement, lait et bouillon.

A la visite du soir, la malade est dans le même état.

14 *juin*. La nuit a été bonne. Les règles ont reparu plus abondantes que par le passé avec un peu de coliques utérines. Le pouls marque 110. Aucune douleur, les forces reviennent sensiblement.

On augmente quelque peu l'alimentation.

15 *juin*. La malade va de mieux en mieux, l'écoulement menstruel a cessé.

Un peu de rougeur se montrant autour des épingles, elles sont retirées, l'on constate la réunion complète de la peau. La malade n'ayant pas encore eu de selles, 20 grammes d'huile de ricin lui sont administrés.

16 *juin*. Trois selles pendant la nuit, 90 pulsations. Rien de particulier du côté du ventre.

Alimentation plus substantielle.

17, 18 *juin*. Même état.

19 *juin*. — Le clamp est tombé pendant la nuit avec la portion du pédicule qu'il étreint.

La réunion du pédicule avec les parois abdominales paraît complète.

Les fils métalliques sont enlevés et la cicatrisation est complète, hors le pourtour du pédicule qui ne donne qu'un peu de suintement purulent.

25 *juin*. A partir de ce moment jusqu'aujourd'hui, rien de particulier à noter. Des bourgeons de bonne nature existent au niveau du pédicule et la plaie, qui n'a plus que les dimensions d'une pièce de 5 francs, marche rapidement vers la cicatrisation. La malade désire ardemment se lever et prendre un peu d'exercice.

Examen de la tumeur. — La tumeur mesure 28 centimètres dans son plus grand diamètre et 18 dans les autres. — Elle pèse 5 kilog. Elle est composée, comme on peut le voir, d'une trame fibro-celluleuse circonscrivant de nombreux kystes dont le contenu était des plus variés : liquide filant, collant, brun chocolat, muco-purulent et même purulent.

12 *juillet.* La malade se promène dans le jardin. Toutes ses fonctions s'accomplissent régulièrement et son état général de santé est parfait. La cicatrisation de la plaie est complète.

Réflexions. — Une chose nous paraît surtout à noter dans cette observation, c'est l'innocuité de l'excision complète du grand épiploon et des trois ligatures au catgut que nous avons laissées dans la cavité abdominale.

(*Bulletin médical du Nord.*)

OBSERVATIONS D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Par M. le docteur E. Cabadé.

Observation I. — Madame D..., vingt-quatre ans, constitution lymphatique, primipare, a eu une grossesse avec membres inférieurs infiltrés. Je ne puis avoir aucun renseignement sur la présence de l'albumine dans l'urine pendant les derniers mois de la grossesse. Accouchée le 6 mai 1877, à cette époque je fus appelé en consultation auprès d'elle; elle venait d'avoir une attaque d'éclampsie deux heures après sa délivrance. A mon arrivée, la malade était plongée dans une sorte de coma peu profond, répondant à peu près aux questions qui lui étaient adressées ; le pouls était petit et très-agité, la face bouffie, l'intelligence très-peu nette, les yeux hagards, la prostration des forces extrême ; on venait de lui pratiquer une abondante saignée, environ une demi-cuvette de sang avait été retirée. Pendant que je l'interrogeais, sa parole s'embarrassait de plus en plus, bientôt elle ne répondit plus à mes questions ; les doigts se fléchirent sur le pouce porté en adduction, les bras commencèrent à être agités de légers tressaillements, et peu après éclata une violente crise d'éclampsie avec convulsions toniques et cloniques, projection de la face par mouvements latéraux, globes oculaires

fixes, battements de paupières, langue serrée entre les arcades dentaires, issue d'une salive mousseuse et légèrement sanguinolente, contraction fréquemment répétée des muscles des lèvres; cette crise dura à peu près cinq minutes, puis la résolution fut complète. La malade ne revint pas à elle-même; la prostration dura environ dix minutes, après lesquelles se montra une nouvelle attaque en tout semblable à la première, qui seulement fut un peu plus longue; quatre attaques se succédèrent ainsi à intervalles très-rapprochés, sans que la malade reprît connaissance entre chacune d'elles. Le pouls conserva toujours le même caractère, l'insensibilité était absolue, les pupilles resserrées ne paraissaient pas être sensibles à l'irritation de la lumière. La malade était plongée dans une sorte de coma profond avec stertor bruyant. Les liquides ne pouvaient être avalés, la déglutition de la salive ne se pouvait faire et le liquide sortait par un coin de la bouche. Le cas nous parut désespéré; il était impossible de faire avaler la moindre parcelle d'une potion antispasmodique ou stupéfiante. Peu avant, j'avais été témoin de la facilité remarquable avec laquelle une laryngite striduleuse avait cédé à l'application de compresses d'eau chaude appliquées suivant le précepte de Graves; je me décidai à user de ce moyen, mais de manière à provoquer une révulsion immédiate et profonde vers les parties inférieures. Je fis bouillir de l'eau, et, quand elle fut en ébullition, je plaçai le vase qui la contenait sur des charbons ardents, de manière que la température restât toujours à 100°. Cela fait, je pris une bande de flanelle que je roulai jusqu'à ce qu'elle présentât un diamètre de 6 centimètres environ, puis je plongeai une extrémité du cylindre dans l'eau jusqu'à ce qu'il en fût bien imprégné, et je l'appliquai ainsi sur la face interne de la jambe droite, à peu près au milieu de celle-ci. Je le laissai quelque temps en place, puis, à deux ou trois reprises, je replongeai la bande dans l'eau bouillante pour la réappliquer sur la place que je venais de quitter. J'établis ainsi trois vésicatoires sur la jambe droite et trois sur la jambe gauche aussi, à la partie interne. La malade ne manifesta pas la moindre sensibilité, et cette opération fut faite sans que les membres effectuassent un mouvement; elle eut une attaque dès la première brûlure; cette attaque ne se différencia en rien des autres. Il était, quand nous eûmes terminé cette opération, environ trois heures. A l'attaque dont j'ai parlé succéda un état comateux en tout pareil à ceux dont nous avions été témoins précédemment; seulement il se prolongea

longtemps sans qu'une nouvelle attaque d'éclampsie vînt se montrer; de fait, *de ce moment-là, il n'y eut plus une seule attaque.*

L'état de prostration dura environ jusqu'au milieu de la nuit ; puis la malade put effectuer quelques mouvements des membres supérieurs, et même quelques signes en réponse aux questions qui lui étaient adressées.

Le 7, au matin, je revis la malade. Elle avalait avec assez de facilité et murmurait à voix basse ses réponses ; elle se plaignait uniquement d'un violent mal à la tête et d'une vive douleur aux jambes sans qu'elle se rendît compte de ce qui la provoquait. Le pouls était petit, mais régulier, à cent pulsations ; aux jambes, les brûlures que j'avais faites étaient parfaitement circulaires, avec une aréole rouge de deux centimètres environ ; la dernière était parfaitement mortifiée et le travail de séparation commençait à la périphérie. Du reste, la jambe était légèrement œdémateuse, par la continuation de la cause qui avait produit l'enflure dans les dernières semaines de la grossesse ; l'urine renfermait un peu d'albumine. Je prescrivis des applications froides sur la tête, une potion antispasmodique, et les brûlures furent pansées à la ouate.

Le 8, la malade était dans un état très-satisfaisant, la parole et les mouvements étaient parfaitement revenus ; seules les jambes étaient très-douloureuses, et la malade s'en plaignait beaucoup. Enfin cette jeune dame revint progressivement à la santé ; bientôt nous pûmes supprimer toute sorte de traitement, l'albumine disparut de l'urine et la convalescence ne fut troublée par aucune menace de crise convulsive. Cependant les brûlures furent longtemps à se cicatriser, longtemps elles gênèrent la marche ; deux mois furent nécessaires à leur cicatrisation, et la malade fut dès lors complétement guérie. Depuis, elle a eu un autre enfant sans que les accidents éclamptiques se soient montrés de nouveau; bien qu'il y eût un peu d'œdème aux extrémités inférieures pendant cette seconde grossesse, comme il y en avait eu dans celle qui occasionna les attaques éclamptiques dont je viens de parler.

Observation II. — La femme N..., âgée de vingt-deux ans, d'une forte corpulence, tempérament lymphatique, est accouchée pour la seconde fois dans la nuit du 14 janvier 1876. Les couches ne présentèrent rien d'anomal. Peu d'instants après sa délivrance, cette femme, dont la position est des plus précaires, se leva pour vaquer à quelques soins de ménage ; elle resta quelque temps en chemise et les

pieds nus sur un carrelage humide ; la température extérieure était très-basse, — 6° environ. Elle se remit au lit transie ; pendant qu'elle cherchait à se réchauffer sous des couvertures insuffisantes, elle ressentit une violente douleur à la tête, puis comme un sentiment très-pénible de constriction à la poitrine, enfin une violente attaque d'éclampsie ne tarda pas à se montrer. Je fus alors appelé, et j'arrivai auprès de la malade à trois heures du matin ; je la trouvai dans l'état suivant : la face est congestionnée, les membres agités de tressaillements involontaires que la malade attribue au froid dont elle dit ressentir encore les effets; sa parole est brève, elle répond cependant d'une façon très-intelligible aux questions qui lui sont posées. Le pouls est accéléré, il bat à 120, mais avec assez de force. Le ventre est légèrement douloureux à la pression; il y a quelques coliques utérines, deux heures s'étant à peine écoulées depuis l'expulsion du placenta. Langue rouge à la pointe et aux bords. Pas d'albumine dans l'urine. Je me mets en mesure de pratiquer une saignée ; pendant que le sang coule, nouvelle attaque d'éclampsie sous mes yeux, débutant par la fixité des globes oculaires et bientôt se continuant par les convulsions des membres et de la face, avec tout le cortège de phénomènes habituels. Les membres sont spécialement portés dans l'adduction par les convulsions cloniques ; les pupilles sont très-contractées, insensibles à l'action de la lumière, l'insensibilité de la conjonctive est absolue. A cet état, succéda une résolution complète des membres.

Toutefois la saignée avait été assez copieuse, 800 grammes de sang avaient été soustraits. Un quart d'heure environ après la saignée, l'état comateux n'était plus très-prononcé, la sensibilité générale semblait revenir ; la malade poussait quelques plaintes dès qu'on essayait de la secouer ; quelque temps après elle pouvait avaler quelques cuillerées de liquide. Je prescrivis : application de quatre sangsues derrière chacune des apophyses mastoïdes, une potion antispasmodique fortement chloralisée par cuillerée toutes les heures.

Je revis la malade vers huit heures du matin ; j'appris que la seconde moitié de la nuit s'était passée d'une façon déplorable. Les sangsues n'ayant pu être que très-imparfaitement appliquées, les crises s'étaient succédé assez fréquentes ; on en avait compté quatre. Pendant l'une d'elles, la malade avait fortement mordu sa langue, et cette blessure, encore très-douloureuse, mettait obstacle à la parole. Ce-

pendant elle avait pu prendre la potion. L'intelligence semblait assez bonne, le ventre peu douloureux, les coliques utérines bien ressenties, la perte sanguinolente presque nulle, le pouls assez fort à 114, le faciès bouffi, l'air hébété, les pupilles très-resserrées. Je prescrivis: continuation de la potion antispasmodique, 1 gramme de bromure de potassium administré toutes les six heures, glace sur la tête préalablement rasée et sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

A deux heures de l'après-midi, l'état était le même ; il y avait eu cinq attaques d'éclampsie, présentant toutes le même caractère ; la langue avait été plusieurs fois mordue. Les accès avaient été plus longs et séparés par un moindre intervalle ; il était très-manifeste qu'entre chacun d'eux le retour à la perception des sensations extérieures était moins complet. Peut-être la presque-impossibilité de parler où se trouvait la malade, par suite des blessures de la langue, avait-elle induit en erreur les personnes qui donnaient des soins ; toujours est-il que la malade était, même dans ses moments lucides, dans un état de prostration extrême.

Cependant la congestion de la face avait disparu, faisant place à une teinte mate ; les yeux étaient fortement cernés. Je fis la section de l'artère temporale et laissai écouler une assez grande quantité de sang. Au surplus, continuation du même traitement.

Je revis la malade vers dix heures du soir ; il y avait eu trois attaques, mais elles avaient été très-longues. Entre l'avant-dernière et la dernière, la malade n'avait pas repris connaissance ; celle-ci avait été très-manifestement la plus longue, elle avait duré, me dit-on, une demi-heure. Je trouvai la malade dans un état comateux profond avec résolution des membres et stertor bruyant ; l'aspect général était grave, le pouls beaucoup plus faible, la peau froide et visqueuse, les lèvres d'un rouge sombre, l'insensibilité complète. Je crus alors devoir appliquer le traitement mis en usage chez madame D..., qui fait le sujet de la première observation ; j'y procédai immédiatement, sans que la malade ressentît de la douleur. Cependant, à la première application de la bande imbibée d'eau bouillante, il y eut une sorte de mouvement de retrait et un peu d'agitation du tronc ; ce fut tout, et je pus procéder aux cinq autres brûlures, sans que la malade fît le moindre mouvement indiquant une sensibilité quelconque ; après l'opération, comme avant, le coma était absolu.

Le lendemain matin, vers huit heures, la malade n'avait pas recouvré l'usage de ses sens ; mais, sauf une légère attaque survenue

deux heures environ après l'application de l'eau bouillante, il n'y avait pas eu le moindre trouble, et encore, au dire de sa famille, cette attaque fut-elle d'une excessive bénignité, elle dura à peine une minute ; depuis lors, c'est-à-dire depuis minuit, il n'en était pas survenu d'autres. Cependant l'insensibilité était encore complète, et, quelque effort que l'on fît, il était impossible de provoquer le moindre signe d'intelligence. Pouls 110, petit, serré ; peau beaucoup moins froide, pupilles contractées, faciès bouffi ; cependant le stertor est moins prononcé. Les brûlures, au nombre de six, ont soulevé une volumineuse phlyctène, l'aréole inflammatoire est peu prononcée. Je prescris le pansement au cérat laudanisé avec la ouate, le maintien de la glace sur la tête et un lavement à l'assa fœtida. — Le soir, l'état est à peu près le même, mais il n'y a pas eu d'attaque, pouls à 104 ; la respiration est beaucoup moins bruyante, la chaleur de la peau presque normale, mais la malade paraît toujours aussi insensible ; en somme, l'amélioration est appréciable.

Le 17, au matin, il n'y a pas eu l'ombre d'une attaque pendant la nuit ; les membres de la famille me disent que vers onze heures la malade a exécuté un léger mouvement, puis peu après elle a proféré une plainte, et enfin elle est revenue à un état mental plus satisfaisant. Elle comprend ce qu'on lui dit, mais elle répond à peine, sa langue la faisant cruellement souffrir ; elle se plaint aussi beaucoup des brûlures, mais toujours par signes et par une sorte de bredouillement à peine intelligible. Du reste, son état est de beaucoup meilleur ; la peau est chaude et légèrement halitueuse, le pouls à 100, mais plus fort ; les yeux sont mobiles, les lèvres ont une coloration à peu près normale ; quoique un peu pâle, l'écoulement lochial est un peu plus abondant; le pourtour des brûlures est plus rouge. Je fais enlever la glace ; collutoire astringent.

Le 18, il y a amélioration très-sensible, l'intelligence est plus nette. Les plaies de la langue sont encore très-douloureuses, les brûlures le sont moins.

Enfin, la malade revint progressivement à la santé ; la langue fut encore douloureuse pendant quelques jours, et les brûlures, qui ne furent pas très-profondes, guérirent au bout d'un mois environ. Quinze jours après son accouchement, cette femme put se lever, et, peu de jours après, elle vaquait aux soins de son ménage ; la guérison a été complète au bout de trente-deux ou trente-trois jours, et le labeur quotidien a été repris comme précédemment.

Depuis cette époque cette femme a eu un autre enfant,et ses couches n'ont donné lieu à aucun accident.

Dans les deux cas d'éclampsie puerpérale dont je viens de rapporter l'histoire, j'ai la certitude que les malades dont il s'agit étaient menacées d'une mort imminente au moment où je me suis décidé à agir avec cette énergie. J'aurais très-probablement reculé, surtout dans le premier cas,devant l'application d'un révulsif aussi énergique, si j'avais pu faire exactement prendre soit du chloral,soit des potions antispasmodiques, bien que dans le second cas je n'aie pas constaté le moindre soulagement dû à l'administration de ces substances. Je songeai également à soumettre les malades aux inhalations du chloroforme, mais je ne donnai pas suite à cette idée, cette médication demandant la présence de deux médecins et exigeant d'être longtemps continuée pour arriver à un résultat satisfaisant.

J'ai dit, dans la première observation, ce qui m'avait donné l'idée d'agir par l'application de l'eau. J'avais vu une laryngite striduleuse céder promptement par son application sur la région antérieure du cou, application qui, du reste, ne produisit qu'un érythème léger; en outre, je me rappelais que, dans les cas désespérés, on s'était bien trouvé d'une révulsion énergique sur les extrémités inférieures, à l'aide de la grande ventouse de Junod. Je crus donc ne pas voir de contre-indication dans les brûlures à l'eau bouillante. Cependant je n'étais pas sans quelque perplexité : je me rappelais avoir entendu combattre énergiquement par mon maître, le professeur Trousseau, l'emploi des vésicatoires dans les convulsions de l'enfance; il a même formulé, dans sa clinique, son opinion à ce sujet en ces termes : « N'oubliez pas que ces accidents (les convulsions) sont souvent occasionnés par des vésicatoires, par des sinapismes que l'on aura appliqués sur les membres des malades sous prétexte de combattre des troubles nerveux sans aucune gravité ; que de fois j'ai vu des médecins lutter par des vésicatoires contre le mal qu'ils avaient causé, oublieux des accidents nerveux qui accompagnent si souvent les brûlures au premier degré (1) ! » Malgré l'autorité de ces paroles et de ces souvenirs, je me demandai si une révulsion brusque et violente ne pourrait pas agir d'une façon favorable dans une névrose, que plusieurs auteurs, Velpeau entre autres, considèrent comme une

---

1. Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 3e édition, 1868, t. II, p. 167.

névrose purement réflexe. Enfin, n'était-ce pas un moyen prompt et facile de suppléer à la grande ventouse ?

J'avoue cependant ne pas avoir une opinion bien arrêtée sur la manière dont agissent les brûlures dans ce cas ; la vive irritation à la peau et la destruction du derme agissent-elles comme médication perturbatrice, ou bien la brûlure agit-elle en amenant un afflux sanguin considérable sur les parties inférieures ou sur l'intestin, comme l'a démontré Dupuytren (*Leçons de clinique*, t. IV, p. 520) ? Je ne puis répondre d'une façon plausible à cette question, bien que j'incline à considérer la première manière d'expliquer son action comme la véritable.

Les deux observations qui précèdent me paraissent bien propres à démontrer d'abord l'action directe et immédiate des brûlures, en second lieu la corrélation qui existe entre l'amendement des phénomènes et leur intensité. Dans la première les brûlures furent profondes, le derme était presque entièrement détruit, il fallut plus de deux mois avant de les cicatriser complétement, et aussi l'état comateux ne dura que huit heures environ ; au bout de ce temps, la malade poussa quelques gémissements qui étaient un indice certain du retour à la sensibilité ; dans le second cas, au contraire, les douleurs furent moins violentes, le derme ne fut pas aussi sérieusement atteint, un mois ou cinq semaines suffirent à leur cicatrisation, mais le coma eut une durée bien plus considérable, quatorze heures s'écoulèrent sans que la malade donnât signe de vie. A la vérité, la première n'eut que cinq attaques d'éclampsie, tandis que la seconde en eut quatorze, mais cependant, après les cinq attaques, madame D... était dans un état aussi grave que l'était celle qui fait le sujet de la deuxième observation après la quatorzième.

Le mode de traitement de l'éclampsie, arrivé à la période que j'ai indiquée, entrera-t-il dans la pratique ? J'avoue que c'est un procédé presque barbare, et pour ma part je ne le mettrais en usage que si tous les autres moyens utiles en pareil cas avaient échoué ; mais, à vrai dire, je ne vois pas pourquoi il devrait être repoussé: son application est facile et à la portée de tous, dans quelque condition que l'on se trouve placé ; de plus, au moins dans les deux cas où je l'ai employé, son application n'a pas été douloureuse. La première de mes malades l'a supporté sans que rien en elle trahît la moindre souffrance ; quant à la seconde, elle a bien fait un très-petit mouvement de défense dès qu'elle a été touchée par l'eau bouillante, mais tout s'est borné là, et

les cinq autres brûlures se sont faites sans que la malade accusât la moindre douleur. L'une et l'autre ont été très-étonnées de se trouver ainsi brûlées dès qu'elles sont revenues au sentiment réel des choses.

A la vérité, la cicatrisation est longue à s'établir, et au moins un mois et demi est nécessaire à la réparation des tissus détruits. C'est certainement un inconvénient sérieux, mais qui me semble bien médiocre quand on le compare aux terribles chances de mort que l'on encourt dans cette maladie. Quant à moi, les deux faits dont j'ai été témoin ont été si probants que, le cas échéant, dans une semblable situation, je n'hésiterais pas à y avoir recours.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

ÉNORME KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE.

Madame B.., après avoir souffert depuis dix-huit ans, mourait à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, des suites de l'empiétement d'un double kyste ovarique sur le cœur et les poumons. Elle n'avait jamais voulu se laisser opérer, et la tumeur s'était accrue au point de devenir une cause de gêne et d'anxiété considérable. On fit plusieurs ponctions. A partir de 1873, la tumeur augmenta si rapidement de volume qu'elle pendait jusqu'aux genoux et déplaçait complétement les viscères thoraciques. Les téguments étaient énormément distendus, blancs et luisants, et paraissaient toujours sur le point de se rompre. Durant les derniers mois, l'existence devint excessivement pénible, la dyspnée des plus intenses. Au moment de la mort la tumeur avait acquis un tel volume qu'on dut l'enlever pour mettre cette femme dans son cercueil.

Le corps très-aminci paraissait encore bien plus amaigri, en raison des dimensions énormes de la tumeur. En haut, elle recouvrait les mamelles; en bas, elle reposait sur les genoux. On fit d'abord une ncision près de l'une des deux épines iliaques supérieures, et l'on retira 10 litres d'un liquide séro-purulent. Puis, par une seconde incision étendue de l'appendice xiphoïde au pubis on découvrit une tumeur solide, dense et cohérente, paraissant se faire jour à travers

le péritoine et les muscles de l'abdomen. Le péritoine, le mésentère et l'intestin grêle adhéraient à la tumeur en maint endroit. On sépara ces adhérences, et l'on put se rendre compte de son homogénéité et de son origine du côté des muscles sacro-iliaques. Tous les organes abdominaux étaient plus ou moins atrophiés.

On sectionna le pédicule et la tumeur tomba avec un bruit sourd dans une cuve disposée à cet effet. Elle pesait 73 kilogrammes ; elle était multiloculaire, et chacun des kystes était du volume d'une orange environ et relié au kyste voisin par une substance gélatiniforme à demi organisée. Chacun d'eux en renfermait d'autres plus petits. Les parois étaient extrêmement épaisses, par suite du dépôt des produits inflammatoires. La tumeur appartenait à la classe des kystes prolifères. L'observation a été recueillie par le Dr Louis Bodenstein (de New-York).

(*Gazette obstétricale* et *Gazette des Hôpitaux.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

M. Gallard préconise l'emploi de l'ergot de seigle dans la métrite chronique, mais à la condition qu'on l'administrera dans la première période de la maladie, alors que l'utérus est mollasse, gorgé de sang ou de sérosité, et qu'on ne le donnera pas dans le cas où la muqueuse de la cavité est enflammée aussi, car les contractions utérines deviendraient très-douloureuses. On peut l'administrer de plusieurs façons; tantôt on le donne seul, en poudre par paquets de 25 centigrammes, tantôt on l'associe au fer ou à la poudre de Colombo ou de Cannelle. M. Gallard fait, par exemple, des paquets de 50 centigrammes contenant de 20 à 25 centigrammes de seigle ergoté et de 25 ou 30 de l'une ou de l'autre ou des trois substances, mélangées ensemble : un à deux de ces paquets par jour. On les continue pendant huit à

dix jours pour les interrompre ensuite pendant un temps égal, sauf à y revenir plus tard ou à les remplacer par les pilules suivantes :

Ergotine.	à à 5 grammes.
Carbonate de fer	
Extrait gommeux d'opium	25 centigrammes.

Pour 50 pillules. En prendre 4 par jour.

L'ergot de seigle ou l'ergotine doivent toujours être suspendus lorsque après leur administration il survient des coliques un peu persistantes et douloureuses, ou encore lorsque l'écoulement sanguin qui se manifeste souvent pendant les premiers jours qui suivent son administration a complétement disparu ou notablement diminué.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

SUPPOSITOIRES CONTRE LA MÉTRITE. — DALNEY.

Ergotine.	1 gramme	20 centigrammes.	
Extrait de belladone.	0	— 12	—

Beurre de cacao q. s. pour six suppositoires.

Un suppositoire chaque soir, après une douche chaude, dans la métrite du col.

(*Union médicale.*)

HÉMORRHAGIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME ; INJECTION D'EAU CHAUDE.

Dans les *Annales de gynécologie*, M. Courty signale un fait des plus intéressants pour la pratique. Il a beaucoup étudié les injections d'eau très-chaude dans les métrorrhagies d'origines diverses, et il en fait le plus grand cas. L'emploi d'une injection abondante aussi chaude que la femme peut la supporter (450 environ) rend les plus grands services dans ces cas.

L'application de la chaleur sur les lombes est aussi très-efficace. Il l'a expérimentée si souvent qu'il ne peut élever aucun doute aujourd'hui sur l'efficacité absolue des injections chaudes, contre les hémorrhagies utérines, soit que ces hémorrhagies puissent être définitivement arrêtées, ce qui arrive souvent lorsqu'il n'existe aucune lésion organique, soit qu'elles ne se suspendent que momentanément pour reparaître après plus ou moins de temps, comme cela arrive dans les cas de lésion organique, de fibrôme, de fongosité, de polype, même de cancer. Mais l'eau chaude peut faire plus encore. Elle peut avoir une action très-favorable sur la congestion utérine, une véritable action résolutrice ou décongestrice, de telle sorte que M. Courty la recommande fréquemment à ses malades atteintes de congestion chronique, de métrite chronique, hypertrophique, indurée. En les associant aux moyens ordinaires, elles en raccourcissent la durée.

Se fondant sur cette observation, M. Courty a pensé que l'on pouvait suffisamment diminuer l'afflux sanguin vers les organes génitaux, pour diminuer beaucoup les chances d'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur le col de l'utérus et dans le vagin.

Cela était d'autant plus probable que, chez beaucoup de malades destinées à subir une opération sanglante, l'hypérémie accusée par la turgescence, la coloration rouge foncé, la chaleur, les pulsations et tous les autres symptômes congestifs ou même fluxionnaires pouvaient faire redouter une hémorrhagie à la suite des solutions de continuité. Il a commencé à faire cette prescription chez des femmes auxquelles il s'apprêtait à faire la division du col pour des cas de dysménorrhée mécanique. On sait que cette opération donne lieu à des hémorrhagies beaucoup plus souvent qu'on ne s'y attendait eu égard au peu d'étendue de l'opération. Plusieurs jours à l'avance, s'il est possible, et en tout cas plusieurs heures, il est prescrit des injections d'eau chaude. Depuis qu'il a adopté cette pratique, la quantité de sang répandu au moment de l'opération ou immédiatement après est infiniment moindre qu'elle ne l'était dans la majorité des cas. Du reste, on remarque avant l'opération, que la couleur, le volume et tous les autres symptômes d'hypérémie ou de congestion du col et des autres parties visibles de l'appareil génital sont singulièrement amoindris.

Dans des opérations, exposant bien plus encore que les précédentes aux hémorrhagies, il a eu le même résultat, dans des résections partielles du col et l'autoplastie de l'orifice par exemple. Il a pu de

même opérer sans perte de sang une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, chez laquelle deux opérations antérieures avaient été suivies d'hémorrhagies extrêmement abondantes.

M. Courty montre que ce principe de l'action de la chaleur sur les organes génitaux est bien connu d'Emmet qui l'a longuement étudiée. Emmet conseille ces injections en plaçant la femme sur les coudes et les genoux, ou au moins en lui élevant beaucoup le siège. M. Courty juge que cette position n'est pas nécessaire, il suffit bien que la lotion du vagin se fasse par un volume d'eau suffisant, et que la canule soit introduite assez profondément pour que le bout atteigne le cul-de-sac vaginal postérieur et que toute la muqueuse puisse être baignée par le liquide.

Aussi fait-il faire les injections simplement sur le bidet avec une pompe qui monte beaucoup d'eau. La malade étant assise, commodément appuyée au mur, peut faire sans fatigue deux ou trois injections, chaque jour, de dix minutes chacune.

Il faut lui apprendre à bien introduire la canule, en suivant la paroi recto-vaginale, comme si elle voulait atteindre le dos, jusqu'à ce que l'olive de la canule atteigne le cul-de-sac postérieur.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ; INHALATIONS D'OXYGÈNE.

Dans les *Annales de gynécologie*, M. Pinard publie un fait intéressant de vomissements incoercibles guéris par les inhalations d'oxygène. Il s'agit d'une femme qui était parvenue au quatrième mois de grossesse et vomissait sans relâche. Elle avait subi un amaigrissement considérable, sans toutefois avoir atteint la période fébrile.

Le traitement avait surtout consisté en opium à l'intérieur et en injections sous-cutanées de morphine et en pulvérisations d'éther.

Trois jours de suite, on lui fit respirer de l'oxygène, 10 litres le premier jour, 12 litres le second et 15 litres le troisième. A partir de ce jour, les vomissements cessèrent et la grossesse continua jusqu'au terme.

C'est un fait à enregistrer, pour ajouter à la longue liste des médi-

caments qui ont guéri les vomissements de la grossesse, dont on peut dire qu'on les a guéri avec tout. Aussi ne faut-il pas désespérer trop vite et les passer en revue assez rapidement dans l'espoir d'arriver à celui qui convient à la patiente.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DU COL DE L'UTÉRUS ET DE SES CONSÉQUENCES.

La sténose du canal cervical utérin à la suite du catarrhe chronique serait très-fréquente d'après Hoffmeir. Il en résulte une accumulation de mucus dans la partie inférieure, de la dysménorrhée et de la stérilité. L'auteur ajoute que cet état n'est constaté que quand on fait des discisions multiples du col. C'est du reste le meilleur traitement à employer en pareil cas ; on fait ensuite des injections à l'eau phéniquée. On doit en outre enlever un fragment de la muqueuse près du bord externe du col, et suturer celle de la cavité cervicale à celle de la portion vaginale, puis réunir également par des sutures les bords des incisions latérales, d'après le procédé d'Emmet.

(*Paris médical.*)

POMMADE CONTRE LES GRANULATIONS UTÉRINES. — A. GUÉRIN.

Précipité rouge	1 gramme.
Axonge	15 —

Mêlez. — On couvre de cette pommade l'extrémité d'un tampon de ouate, et on l'introduit à l'aide d'un spéculum jusque sur le col utérin, quand il est le siège de granulations. On renouvelle le pansement tous les jours, en le faisant précéder d'une injection de feuilles de noyer.

(*Union Médical.*)

POUDRE CONTRE LA LEUCORRHÉE. — GALLARD.

Amidon pulvérisé	40 gr.
Sous-nitrate de bismuth	10 gr.

Mêlez. — Dans les cas d'écoulements leucorrhéïques opiniâtres, on dilate le vagin au moyen du spéculum, et on projette cette poudre sur le col utérin afin d'empêcher les mucosités qui s'en échappent d'irriter la muqueuse vaginale. En cas d'insuccès on mélange à l'amidon de l'alun, de l'acétate de plomb ou du tannin, ou bien encore on emploie ces astringents à l'état de pureté, en les déposant au milieu d'un sachet de ouate qu'on introduit au fond du vagin et qu'on retire chaque jour.Les mucosités leucorrhéïques après avoir dissous la substance astringente se répandent sur la muqueuse vaginale et sur celle du col et elles agissent plus efficacement qu'une injection, ou même qu'un badigeonnage avec le pinceau. Si l'écoulement paraît provenir du col on peut introduire dans la cavité le crayon de tannin.

(*Union médicale*).

FORM ULAIRE

TRAITEMENT LOCAL DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE CRAYON DE NITRATE D'ARGENT, ACTIVÉE PAR LE CONTACT DU ZINC MÉTALLIQUE (J. CHÉRON.)

Malgré la faveur dont jouit la cautérisation des ulcères du col utérin à l'aide du nitrate d'argent, il n'en faut pas moins reconnaître que ce moyen, insuffisant dans la plupart des cas, ne saurait être toujours employé sans danger.

En effet, c'est un cathérétique, c'est-à-dire un caustique léger, qui détermine une inflammation très superficielle qu'on a vue parfois se propager par le réseau lymphatique sous-épithélial en donnant lieu à des lymphangites péritonéales de la plus haute gravité.

Lorsqu'au contraire on active l'action du nitrate d'argent à l'aide du zinc métallique, on obtient une cautérisation plus sérieuse qui per

met de redouter, beaucoup moins, les propagations inflammatoires par le réseau lymphatique superficiel.

Pour la cautérisation de la muqueuse du canal cervical dans l'endométrite, aucun moyen n'est plus commode et plus innocent, et ne donne un meilleur résultat que l'emploi du crayon de nitrate d'argent dont l'action est activée par le contact du zinc métallique.

Le mode d'emploi est des plus simples. Après avoir abstergé le canal cervical, soit avec un pinceau ou une injection de salicylate de soude, le crayon de nitrate d'argent est introduit jusqu'à l'isthme, en imprimant au porte-pierre un mouvement de rotation.

Puis, le même mode de faire est pratiqué, avec le crayon de zinc métallique, immédiatement après.

Cette cautérisation peut être faite, deux ou trois fois entre chaque époque. Il est bon de faire, chaque fois, un pansement glycériné.

Le mécanisme du mode d'action de ce caustique a été résumé par nous, dans un mémoire (1) sur l'application de ce moyen, au traitement des syphilides papulo-hypertrophiques, dans lés deux propositions suivantes.

Dans la cautérisation avec le nitrate d'argent, la réduction de l'argent métallique se fait avec une certaine lenteur, et la modification des tissus est due à leur imprégnation par l'argent métallique ainsi qu'aux forces physiques mises en jeu sous l'influence de la réaction chimique produite.

Lorsqu'à cette cautérisation on ajoute le contact du zinc métallique la réaction chimique est plus énergique, puisqu'au contact de ce dernier métal, la réduction de l'argent est instantanée et l'intensité des forces physiques mises en jeu est plus considérable; conséquemment, la modification des tissus organiques est plus profonde et plus rapide dans ce dernier cas.

1. J. Chéron (1875) *Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques par la cautérisation au nitrate d'argent activée par le contact du zinc métallique* — Delahaye.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1647. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur JULES CHÉRON.

DOUZIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ AU TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION.

Appliquée au traitement de la congestion utérine, l'électricité présente ces avantages de pouvoir être portée directement sur l'organe utérin, pour mettre en jeu les propriétés contractiles des éléments musculaires des vaisseaux ; de pouvoir être dirigée jusqu'aux centres d'innervation vaso-motrice pour leur rendre leur tonicité ; de pouvoir enfin être employée comme agent de révulsion pour réagir sur ces mêmes centres par l'intermédiaire de la sensibilité.

Électricité statique.

Électricité d'induction (faradisme, courants induits).

Électricité voltaïque (galvanisme, courants continus).

L'électricité statique est surtout un agent de révulsion très énergique, mais d'un emploi peu pratique.

L'électricité d'induction est surtout un moyen de diagnostic. Elle doit être proscrite de la thérapeutique utérine, parce que l'application en est très douloureuse, les courants transmis par le marteau de Neef étant produits avec une trop grande rapidité de succession. — Ces courants amènent la tétanisation ou l'épuisement des systèmes contractiles et l'excitation du système nerveux central.

Lorsque les courants volta-faradiques sont transmis par un compteur qui permet d'augmenter l'intervalle qui sépare la transmission des courants, ou mieux si l'on emploie les courants magnéto-faradiques dont on peut facilement graduer l'espacement, leur intensité est insuffisante et les indications de leur emploi restent encore fort restreints.

L'électricité voltaïque est la seule source d'électricité à laquelle le gynécologue doive avoir recours ; mais l'appareil qui la fournit doit remplir des conditions toutes spéciales.

L'élément de pile doit avoir une action chimique vive modifiée par un rhéostat ou une boite de résistance.

L'appareil doit être muni d'un interrupteur automatique pouvant battre la demi-seconde et des intervalles plus éloignés. Les excitateurs vaginaux et utérins doivent être toujours recouverts de peau ou de toile mouillée et l'excitateur cutané doit être muni d'une éponge et avoir une large surface.

Manuel opératoire de l'application de l'électricité au traitement de la congestion utérine. — Applications intra-vaginales. — Applications intra-cervicales. — Excitateurs à employer. — A quel pôle doit correspondre l'excitateur vaginal ou utérin. — Point d'application de l'autre excitateur. — Intensité à donner au courant. — Emploi du courant continu ou des intermittences rhythmées de ce même courant. — Révulsion cutanée générale à l'aide de l'excitateur à rouleau. — Indications thérapeutiques de l'électricité statique et du courant continu dans le traitement de la congestion utérine.

Messieurs,

Après avoir étudié les pansements osmotiques, les injections et les irrigations vaginales, les saignées du col, la révulsion sur le tube digestif à l'aide des substances purgatives et la révulsion sur le tégument externe à l'aide de l'hydrothérapie dans leurs applications au traitement de la congestion utérine, nous arrivons à l'étude essentiellement intéressante d'un moyen dont on parle beaucoup, mais qu'un petit nombre connaissent, je veux parler de l'électricité.

Envisagée au point de vue clinique, l'électricité présente cet

avantage remarquable de pouvoir être portée directement sur l'organe utérin par l'intermédiaire du col, voire même dans la cavité de celui-ci et jusque dans la cavité utérine. On peut aussi diriger son action jusqu'aux centres d'innervation vaso-motrice de la moelle et des ganglions du sympathique. Enfin, on peut utiliser cet agent comme moyen de révulsion énergique à la surface cutanée.

Dans le premier cas, l'électricité pourra mettre énergiquement en jeu les propriétés contractiles des éléments musculaires de l'utérus lui-même. Dans le second cas, elle pourra rendre aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité momentanément abolie et enfin, dans le troisième cas, réagir sur ces mêmes centres par l'excitation révulsive de la peau.

Vous voyez d'après cela, Messieurs, que l'électricité doit pouvoir se substituer à l'ensemble des autres moyens que nous avons étudiés déjà, ce qui vous explique ce que je vous ai dit souvent à propos de l'emploi de ce remarquable moyen : « Si dans le traitement des affections utérines je n'avais à ma disposition l'électricité, je n'hésiterais pas à abandonner leur étude à laquelle je me suis consacré d'une façon spéciale. » Cela ne veut pas dire que je vous conseille d'employer exclusivement l'électricité dans le traitement de la congestion utérine ; telle n'est pas ma pensée !

Il est rationnel lorsqu'on veut avoir une idée nette et précise de la valeur thérapeutique d'un moyen, de l'employer seul au traitement d'une maladie, mais lorsque la question est jugée et que chacun des moyens thérapeutiques employés dans ce cas a été étudié et jugé séparément, il faut savoir les combiner, les employer à deux ou à trois ou à un plus grand nombre à la fois, suivant les cas, suivant les indications. C'est ce que je m'efforce de vous démontrer, à la clinique, en appelant votre attention sur les causes qui me font donner la préférence à tel ensemble de moyens, dans tel ou tel cas.

Revenons maintenant au sujet principal de cette leçon et voyons sous quelle forme il convient d'employer l'électricité dans le traitement de la congestion utérine. L'électricité employée en médecine se présente à nous sous les trois aspects que nous offre l'étude de la physique :

L'électricité statique ou de frottement ; l'électricité d'induction

qu'on appelle aussi faradisme, courants induits, et en troisième lieu l'électricité voltaïque désignée, de même, sous la dénomination de galvanisme ou encore de courants continus.

De ces trois modalités électriques, disons-le tout d'abord, il n'en est qu'une seule qui soit d'un emploi général, facile, très supportable et vraiment utile: C'est le galvanisme.

Mais avant d'en exposer le mode d'emploi et les avantages, arrêtons-nous un instant sur les deux autres modalités électriques.

Je ne comprends l'électricité statique dans les affections utérines que comme un agent de révulsion cutanée très énergique, utile surtout chez les hystériques.

Souvent, chez ces malades, le galvanisme employé comme agent de révulsion ne donne qu'une action insuffisante; quant au faradisme, il exaspère tellement leur système nerveux qu'il ne faut pas songer à l'utiliser. Mais l'électricité statique employée sous la forme de bain électrique sur un tabouret isolant, avec étincelles sur les différentes parties du corps, détermine une sédation remarquable de l'état nerveux et une révulsion qui atteint les centres d'innervation vasomotrice de façon à décongestionner l'appareil utéro-ovarien.

Je vous citerai, à l'appui de ce fait, l'observation suivante qui est en même temps une expérience remarquable.

Je donnais des soins à une jeune femme sujette à des crises d'hystérie et atteinte d'une congestion chronique de l'utérus qui s'exaspérait le plus habituellement à chaque époque menstruelle sous la forme aiguë ou subaiguë.

Je l'avais soumise à un traitement où l'hydrothérapie et les applications galvaniques jouaient le principal rôle. Le résultat obtenu du côté de l'appareil utéro-ovarien n'était jamais que temporaire. Ainsi, après huit jours de douches et d'applications galvaniques, si le traitement était interrompu ou s'il survenait une crise d'hystérie, la congestion se reproduisait avec intensité du côté de l'appareil utéro-ovarien.

J'employai alors l'électricité statique, à l'exclusion de tout autre moyen. Tous les jours une application révulsive énergique avec étincelles, était faite sur tout le corps. Après chaque application j'examinais la malade et je constatais disparue la coloration violacée du col et

des culs-de-sac vaginaux. Après dix jours d'applications, la décongestion persistait, et la malade eut une légère crise, quelques jours après la cessation du traitement, sans que la congestion utérine fût ramenée.

Sous l'influence de l'électrisation statique, une hémianesthésie gauche remontant à trois années disparut sans retour.

Après une interruption de quinze jours, le traitement fut repris d'une façon suivie et quarante-six applications de révulsion cutanée, à l'aide de l'électricité statique, furent faites régulièrement dans l'espace de deux mois. Les règles reparurent sans amener la poussée congestive subaiguë habituelle. Tout symptôme douloureux disparut.

Voilà bientôt cinq ans que j'ai traité cette jeune malade de la sorte. Dans cet espace de temps, il n'y a eu ni attaques d'hystérie ni poussées congestives, la santé se maintient dans un état très satisfaisant.

Je ne vous cite que ce cas-là, Messieurs, parce que celui-ci se lie intimement à notre sujet; mais que de fois il m'est arrivé d'éloigner des crises d'hystérie et de les faire disparaître avec ce traitement de révulsion cutanée à l'aide de l'électrisation statique ! C'est à la vérité un moyen peu commode; il nécessite l'emploi d'une machine dont on a peu souvent l'occasion de faire usage, mais il donne un résultat si net et il présente une indication si précise dans la congestion utérine, chez les hystériques, que j'ai cru devoir vous le signaler d'une façon toute spéciale.

L'électricité d'induction désignée aussi sous le nom de faradisme ou de courants induits ne peut, à mon avis, donner de bons résultats en gynécologie et voici, Messieurs, les raisons pour lesquelles ce moyen doit être proscrit dans la question qui nous occupe.

D'abord la succession rapide des interruptions faites par le marteau de Neef, dans la plupart des appareils volta-faradiques, est aussi pénible et peut-être même plus pénible sur les organes profonds que sur la surface cutanée. Si on espace ces intermittences, comme il est facile de le faire avec les appareils magnéto-électriques, la secousse extrêmement courte ne réagit pas sur la fibre lisse, et ne produit dans les muscles de la vie de relation qu'une contraction insigni-

fiante. En outre, on n'oserait, et cela avec juste raison, appliquer au niveau de la moelle lombaire, en rapprochant les intermittences, comme cela a lieu dans la plupart des appareils, un courant qui dans ce cas réagit avec violence et serait d'autant plus douloureux qu'il ne se transforme point, dans ce cas-là, en travail, c'est-à-dire en contractions musculaires.

Ajoutez à cela que l'application des courants d'induction produit sur le système nerveux central, un état d'excitation, d'énervement qui la rend insupportable à la plupart des femmes.

En somme, l'instantanéité qui est la condition de production du courant induit, et la durée extrêmement courte du passage du courant représentent de très mauvaises conditions pour réagir sur la fibre lisse des parois des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien et sur celle de l'utérus lui-même ;

L'application de l'électricité d'induction est très douloureuse ;

L'application de l'électricité d'induction produit une excitation du système nerveux qu'il y a tout intérêt à éviter et que les malades redoutent par-dessus tout ;

Enfin son application au niveau de la moelle lombaire nécessaire pour réagir sur les centres d'innervation vaso-motrice dans le traitement de la congestion utérine ne saurait être faite sans danger et est extrêmement pénible.

L'électricité d'induction est un moyen très utile dans le diagnostic de certaines amyotrophies, lorsqu'on l'emploie comparativement avec les intermittences du courant continu.

Je l'ai employé dans un bien grand nombre de circonstances, le plus souvent sans succès et toujours au plus grand déplaisir des malades. Depuis que nous avons de bons appareils à courants continus, je n'emploie plus que ce dernier moyen d'électrisation qui présente des avantages bien supérieurs à ceux du faradisme et aucun de ses inconvénients.

C'est à l'électricité voltaïque, que l'on dénomme aussi galvanisme, courant continu, que le médecin gynécologue doit donner la préférence.

La durée d'action de l'intermittence du courant continu, aussi courte qu'on la puisse produire, est au moins d'un vingtième de

seconde tandis que la durée du courant induit est au plus de 0,008 *huit millièmes* de seconde.

La rapidité des variations dans l'intensité des courants détermine une excitation, du muscle ou du nerf, proportionnelle à celle-ci ; conséquemment l'excitation produite par les courants induits qui se succèdent avec une grande rapidité est bien plus énergique que celle qui est produite par les intermittences du courant continu. Mais c'est précisément cette énergie dont nous n'avons aucun besoin. Notre but est de mettre en jeu les fonctions contractiles du muscle utérin et des parois des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien. Or les fibres musculaires lisses réagissent sous l'influence de l'électricité comme les muscles de la vie de relation qui ont perdu une partie plus ou moins grande de leur irritabilité. C'est une action un peu prolongée qui seule est capable de les exciter. On comprend, dès lors, la supériorité du courant continu sur le courant induit, si l'on se rappelle en même temps que le courant continu, par sa diffusion, réagit doucement sur les centres nerveux et, par son action électrolytique, agit tout autrement que par la contraction sur la nutrition de l'organe sur lequel on en fait l'application.

Cela posé, il est indispensable de préciser les conditions, toutes spéciales, que doit remplir l'appareil à courants continus utile au gynécologue.

Le principe capital qui a servi de base à la construction des éléments de pile tels qu'on les emploie aujourd'hui en thérapeutique, a été déduit de l'un des cas particuliers de la loi de Ohm que voici :

« *Quand la résistance du circuit extérieur est considérable, il faut pour donner de l'intensité au courant, augmenter le nombre des éléments, tout en leur donnant une petite surface et une grande résistance intérieure.* »

Or, les expériences de Lentz, sur la conductibilité des tissus de l'organisme, démontrent que ces derniers opposent au courant électrique une résistance, variable avec les régions qu'il traverse, mais qui est, dans tous les cas, très grande par rapport à ce que nous connaissons de la conductibilité d'un fil métallique.

On s'est donc appliqué à créer des éléments de pile de grande

résistance ou à en donner artificiellement à ceux qui en avaient peu.

C'est ainsi que Remack a le premier modifié la pile au sulfate de cuivre. Il en a fait une pile à deux étages, avec un vase poreux de petite surface, et, par une épaisse couche de carton-pâte bien tassé horizontalement, sur laquelle s'appuie le zinc, il a donné à cet élément une résistance intérieure très notable.

Après lui, Callaud, Minotto construisirent des modifications de la pile au sulfate de cuivre, modifications qui furent appliquées aux usages thérapeutiques.

Ces éléments, dans lesquels le vase poreux est supprimé, ne présentent point une résistance aussi grande que celui de Remack, mais néanmoins ils donnent plutôt des effets de tension que des effets de quantité.

Une autre pile que l'on emploie aussi beaucoup en électricité médicale, c'est celle dans laquelle le sulfate de cuivre est remplacé par un mélange de coke et de bioxyde de manganèse.

Tels sont les principaux éléments de pile usités en médecine ; il n'y a pas lieu de donner ici la liste des nombreuses modifications ou inventions sans importance faites en vue d'une application médicale et qui toutes observent la loi énoncée plus haut.

Toutes ces piles présentent en premier lieu une trop grande résistance intérieure et une action chimique faible. Ces conditions doivent rendre très circonspect dans leur emploi, dans la pratique médicale.

Quelles sont les conditions que doit réunir une pile destinée à l'usage thérapeutique ?

Elle doit avoir d'abord une constance à peu près égale dans le débit du courant qu'elle fournit, et cela quel que soit le moment considéré ; elle doit en outre, avec un travail moyen de deux heures par jour, présenter une durée moyenne de dix-huit à vingt-quatre mois ; sa construction devra aussi être assez soignée pour la mettre à l'abri des détériorations que l'on observe si souvent dans les appareils médicaux (sels grimpants, oxydation des contacts, etc.), pour laisser à l'intensité du courant toute son intégrité depuis l'instant où la pile est mise en activité jusqu'à celui de son usure complète. Enfin les corps chimiques, dont les réactions mutuelles engendrent le

courant, doivent être choisis de telle sorte que, en dehors des moments où l'élément est en activité de service par la fermeture du courant, leur usure soit nulle ou à peu près.

Cette dernière condition n'est pas remplie avec la pile au sulfate de cuivre. L'emploi de la pile au bioxyde de manganèse remplit, au contraire, cette condition. Mais, par ce fait même que la tension est le caractère particulier de ces deux genres d'éléments, le courant qu'ils fournissent est d'une intensité très variable d'un jour à l'autre. Outre la polarisation qui est la cause spéciale de l'irrégularité de l'élément au bioxyde de manganèse, les variations atmosphériques influent très notablement sur la marche de ce dernier élément et de celui au sulfate de cuivre.

Quant à la durée de ces éléments, elle est généralement courte, et de plus elle ne présente point de régularité dans l'usure de leurs électrolytes ; le courant s'affaiblissant d'une manière continue depuis le premier jour jusqu'au dernier; il s'ensuit que après quelques mois, leur action thérapeutique est à peu près nulle.

Enfin, dans certains cas, dans les affections utérines, il est nécessaire de substituer au courant continu, les secousses que produit l'interruption de ce même courant.

Or, l'ébranlement musculaire obtenu avec les éléments au sulfate de cuivre étant peu énergique, il en eût fallu une quantité considérable, condition inadmissible dans la pratique.

Tous les inconvénients que je viens de vous signaler m'ont conduit à renoncer au principe de construction suivi jusqu'à ce jour, et voici comment je formule celui auquel on doit se rapporter pour obtenir des appareils qui permettent d'utiliser pratiquement et avec fruit les remarquables propriétés thérapeutiques du courant continu :

Il faut employer des éléments à action chimique notable, en outre, avant de faire pénétrer le courant dans les tissus, on doit lui faire traverser un appareil à résistance variable dont le but est d'épuiser en partie son action chimique et de la transformer en travail électro-dynamique ; de plus, il est indispensable de faire usage de réophores porte-éponges imbibées d'eau.

Telles sont les conditions que doit réunir, en vue de la thérapeutique, un appareil à courant continu. C'est en suivant ces préceptes que je suis arrivé à réaliser les conditions d'un appareil qui met le praticien à même de tirer parti des propriétés thérapeutiques de l'electricité dynamique.

Avant de donner la description de cet appareil, il est un point sur lequel il est utile d'insister.

Comme excitateur musculaire, il faut se servir d'éponges imbibées d'eau en proscrivant absolument l'usage des tampons en métal ou en charbon de cornue recouverts de peau humectée d'eau. Voici pourquoi : Avec des éponges convenablement imbibées, la quantité de liquide est plus que suffisante pour une application si longue qu'elle soit ; avec les tampons, la membrane qui le recouvre se dessèche assez vite et on s'expose à faire des cautérisations de la peau. Le reproche que l'on a fait aux éponges de laisser couler de l'eau sur les parties ou elles sont appliquées, est complétement sans valeur ; avec un peu d'adresse, et en ne mouillant celles-ci que juste ce qu'il faut, on évite cet inconvénient.

En outre l'emploi des éponges est plus rationnel que celui des tampons ; dans les premières, en effet, la quantité d'eau qu'elles renferment fait office de rhéostat et contribue à donner au courant les propriétés électro-motrices qu'on recherche dans ce cas.

L'expérience suivante démontre ce fait.

On fait passer le courant d'un certain nombre d'éléments à action chimique dans un voltamétre. Au bout d'un quart d'heure on note le volume d'hydrogène dégagé. On répète l'expérience en interposant dans le circuit une éponge imbibée d'eau que l'on dispose ainsi: son centre reçoit un fil de platine, tandis qu'un fil de même métal s'enroule autour d'elle. Le courant doit donc traverser l'eau de l'éponge avant d'arriver au voltamètre. Dans ces conditions si on note, au bout d'un quart d'heure, la nouvelle quantité d'hydrogène dégagé, on remarque que cette dernière est notablement inférieure à la première.

D'un autre côté, si on répète ces deux expériences en intercalant en outre dans le circuit un galvanomètre de résistance, on observe une déviation de l'aiguille plus grande dans le second cas que dans le premier.

Toutes choses qui démontrent bien le fait sus-énoncé.

Appareil de cabinet. — L'élément dont je fais usage dans mon appareil de cabinet se compose d'un vase de verre de 15 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de diamètre, très exactement fermé par un bouchon qui présente trois ouvertures; l'une donne passage à une tige de zinc, l'autre à l'extrémité métallique d'un crayon de charbon, la troisième empêche les variations de pression intérieure qui pourraient amener la rupture du vase.

La tige du zinc, munie d'une vis de serrage à son extrémité libre, plonge dans une solution moyenne de chlorhydrate d'ammoniaque, contenue dans le vase de verre; le charbon est entouré d'un mélange protosulfate de mercure et de bioxyde de maganèse que renferme un vase poreux placé dans le vase de verre.

Des conditions spéciales de construction, dont le détail ne peut trouver place ici, mettent cet élément à l'abri de toute détérioration et en assurent le fonctionnement régulier pendant une durée de près de deux ans.

Ces éléments, au nombre de cent vingt, sont réunis en chaîne, dans trois boites superposées, contenues dans un meuble élégant qui porte la table horizontale du collecteur. Une cage mobile met ce dernier à l'abri des accidents, quand on ne se sert pas de l'appareil.— Les dispositions d'agencement sont telles qu'il est extrêmement facile de vérifier, à un moment donné, l'état des communications et même des éléments.

Les différents organes que supporte la table du collecteur, et dont le but est d'utiliser, de diverses manières, le courant de la pile sont:

Un manipulateur double ;

Un renverseur de courants;

Un galvanomètre de quantité ou de tension, suivant les cas ;

Un rhéostat;

Un compteur physiologique d'interruption ;

Deux bobines d'induction, une de quantité, une de tension.

Nous allons examiner successivement ces différents organes.

Le manipulateur double a pour but d'éviter que l'usure des couples soit plus marquée à une extrémité de la chaîne qu'à l'autre. Pour cela deux manettes à ressort parcourent chacune un demi-cadran, portant

trente contacts qui correspondent chacun à deux éléments. On se sert alternativement de l'un ou l'autre de ces cadrans ou de tous les deux à la fois, s'il est besoin de plus de soixante éléments. On arrive ainsi à utiliser très régulièrement les matières chimiques, génératrices du courant, dans tous les éléments de la pile.

L'utilité du renverseur de courants n'est pas contestable. Il est nécessaire de pouvoir, à un moment donné, changer le sens du courant qui traverse les tissus, sans déplacer les excitateurs. De plus, la secousse que l'on observe dans ce cas est d'autant plus énergique qu'à celle que produit la rupture momentanée du courant s'ajoute celle qui est due au rétablissement de ce dernier en sens inverse du sens primitif.

Le galvanomètre est vertical, non astatique. A cette dernière condition se substitue l'emploi d'un petit barreau aimanté, mobile autour de son centre de figure, dans un plan perpendiculaire à celui dans lequel se meut l'aiguille du galvanomètre. Grâce à ce moyen, on ramène parfaitement l'index de celle-ci au zéro de la graduation.

L'aiguille aimantée du galvanomètre décrit ses oscillations au centre d'un cadre à gorge double. Dans l'une de celles-ci s'enroule un fil de quantité dont les spires sont soigneusement isolées ; l'autre gorge reçoit un fil de tension pareillement disposé. Une petite manette fixée sur le socle du galvanomètre permet de lancer à volonté le courant de la pile dans l'un ou l'autre fil.

Le rhéostat se compose de vingt-huit bobines, placées verticalement sur une planchette et reliées à un petit manipulateur, permettant d'intercaler dans le circuit une ou plusieurs de celles-ci. Chaque bobine est constituée par un cylindre de buis, d'ivoire, ou de caoutchouc durci portant à sa surface une rainure hélicoïdale à pas très court.

Deux rondelles de cuivre fixées aux extrémités de ces bobines reçoivent les extrémités d'un fil de fer de 1/20 à 1/30 de millimètre de diamètre enroulé dans la rainure.

Lorsque, à l'aide du manipulateur relié au rhéostat, on fait usage de toutes ces bobines, la longueur du fil de résistance parcouru par le courant est de 1000 mètres.

Quant au compteur physiologique d'interruption, il a été l'objet d'une étude spéciale.

Les appareils de ce genre qui existent aujourd'hui sont, ou très compliqués, ce qui les rend coûteux et faciles à détériorer, ou irréguliers et incertains dans leur fonctionnement.

Le compteur de mon appareil se compose d'un mouvement d'horlogerie dont la marche est régularisée par un pendule dont les oscillations, toujours régulières, peuvent-être accelérées ou diminuées, comme dans le métronome, à l'aide d'un contre-poids mobile que l'on peut éloigner ou que l'on rapproche du centre de suspension du pendule.

Ainsi régularisé, le mouvement d'horlogerie sert à actionner un interrupteur à mercure dont les interruptions sont en rapport de vitesse avec celles du pendule ; elles peuvent varier depuis une interruption toutes les deux secondes jusqu'à six à sept par seconde. C'est là un maximum qu'il ne faut pas dépasser, sous peine de produire des effets plutôt nuisibles qu'utiles.

Cet interrupteur se compose d'un balancier rectiligne, mobile autour de son centre ; il porte à ses extrémités deux pointes de platine qui dans les mouvements d'oscillation du balancier viennent plonger dans deux petites coupes d'acier, contenant du mercure. A l'état de repos, le balancier est abaissé de manière à ce qu'une des pointes plonge dans le mercure, un léger ressort à boudin les maintient dans cette position. Met-on l'appareil en marche, à chaque oscillation complète du pendule, une roue à rochet soulève le balancier de manière à faire sortir du mercure la pointe de platine qui y plongeait et à amener en même temps la seconde pointe en contact avec le mercure de la deuxième coupe. Ce mouvement du balancier est instantané ; sitôt produit, la roue à rochet abandonne ce dernier qui revient à sa position primitive, grâce au léger ressort à boudin, jusqu'à ce qu'une autre oscillation du pendule reproduise la même série de mouvements.

Il y a deux manières d'utiliser les interruptions du courant continu: Ou bien les secousses sont produites par la rupture instantanée et de durée très courte du courant continu, ou bien elle est due au rétablissement instantané et de courte durée de ce même courant.

Pour cela deux boutons à vis permettent de mettre dans le circuit l'une ou l'autre des coupes à mercure. Avec la première le courant

est continu et ne s'interrompt que pendant un très-court espace de temps à chaque oscillation du pendule; avec la seconde, le courant n'est établi que pendant l'instant très court que dure cette oscillation.

Les contractions musculaires produites dans ces deux cas sont très différentes.

Toutes choses égales d'ailleurs, elles sont beaucoup plus intenses dans le second cas que dans le premier.

L'application de l'électricité galvanique au traitement de la congestion utérine se fait de la façon suivante : L'un des pôles armé d'un excitateur cylindrique recouvert de peau ou de toile fortement imbibée est appliqué dans le cul-de-sac postérieur pendant que l'autre pôle armé d'un large électrode à éponge est placé sur l'hypogastre ou sur la région lombaire de l'épine.

Lorsqu'on veut agir directement sur l'appareil utéro-ovarien, c'est sur la paroi abdominale que l'on doit placer l'excitateur négatif. On le place au contraire sur la région lombaire de l'épine dorsale lorsqu'on veut agir plus particulièrement sur les centres d'innervation vaso-motrice de la moelle.

Cette application de l'excitateur positif faite dans le cul de sac vaginal peut être faite aussi à l'aide d'un excitateur conique dans la cavité cervicale lorsque l'utérus très violacé présente une grande distension de ses vaisseaux et qu'il importe de réagir plus directement sur lui. Pour employer le courant sous la forme continue il suffit de faire usage d'une trentaine d'éléments dont l'action chimique est modifiée par dix mille unités de résistance. A la fin de chaque séance, dans le but de stimuler plus activement les parois des vaisseaux, il est bon de produire avec cinquante ou soixante couples et vingt mille unités de résistance quelques intermittences rhythmées, séparées par séries de douze ou quinze par un courant continu d'une durée de deux ou trois minutes.

Lorsque la congestion utérine coïncide avec un état de débilité générale, d'atonie lymphatique ou d'anémie bien confirmée, je fais emploi du courant continu de la façon suivante : L'excitateur positif étant placé dans le vagin, le pôle négatif, armé d'un excitateur

à rouleau, est promené sur la surface cutanée, paroi abdominale, membres inférieurs, région dorso-lombaire etc., etc.

En terminant cette leçon, Messieurs, je ne saurais assez attirer votre attention sur le choix que je vous conseille de faire de la source d'électricité dont il est préférable de faire usage dans le traitement de la congestion utérine.

Je vous rappellerai que le but que se propose le gynécologue, en faisant emploi de ce moyen est de rendre aux centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique de la même région leur tonicité momentanément diminuée ou abolie et de restituer aux parois des vaisseaux leur contractilité annihilée par la distension forcée dont ils sont l'objet.

Vous comprendrez aussi, Messieurs, que le fluide galvanique dont la dispersion se fait si largement dans l'économie puisse agir sur les gros vaisseaux et augmenter la pression sanguine générale dans une certaine mesure.

Nous abandonnons absolument l'emploi des courants d'induction susceptibles d'épuiser la force tonique des centres d'innervation aussi bien que la contractilité des parois vasculaires tout en produisant ces phénomènes d'excitation du côté de l'appareil nerveux central.

Nous réserverons l'emploi de l'électricité statique pour le traitement de la congestion utérine liée à un état d'hystérie plus ou moins bien confirmé et, dans tous les autres cas de congestion passive, nous donnerons toujours la préférence à l'emploi du courant continu dont je ne me lasserai point de vous vanter les remarquables effets.

MOMENT
DE LA FÉCONDATION ET DURÉE DE LA GESTATION

Par le docteur GEO. J. ENGELMANN.

Membre de la société américaine de Gynécologie; Membre de la société obstétricale de Londres, etc.

Mémoire traduit de l'anglais par le docteur RAOUL FAUQUEZ.

Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Il arrive rarement que nous puissions faire remonter avec certitude la conception à un seul et surtout à un premier coït ; je pense donc que le récit de trois cas, récemment observés par moi, offrira un intérêt suffisant ; dans ces cas nous pouvons déterminer d'une façon satisfaisante la durée de la grossesse, la coïncidence entre la fécondation et la pénétration du liquide fécondant, et le rapport entre l'époque de la conception et la période menstruelle. C'est au sujet de ce dernier point que ces cas m'ont offert un intérêt tout à fait spécial, en établissant par des faits cliniques la corrélation qui existe entre l'ovulation et la menstruation, que j'ai anatomiquement démontrée il y a quelques années et que j'ai récemment vérifiée grâce à deux exemples de premier ordre.

J'ai, dans ma pratique privée et hospitalière, souvent rencontré des victimes de la séduction et j'ai parfois constaté, d'après le récit qui m'était fait, que la conception avait été le résultat d'un seul et unique rapprochement, que la soumission ait été obtenue soit par la persuasion, soit par la force, mais je n'ai jamais vu un seul cas dans lequel l'examen minutieux m'ait aussi pleinement satisfait, par l'exactitude des renseigments, que dans ceux que je rapporte ici. Les faits que je relaterai sont fournis par l'histoire clinique de trois sensibles, respectables mais malheureuses jeunes filles. Deux d'entre elles se présentèrent à mon examen le 2 mars, la troisième vint me consulter le lendemain.

J'ai toujours eu raison de me fier entièrement aux récits qui

m'ont été faits, en raison de la confiance que m'ont montrée en toute occasion les malades, aussi bien que leur famille; des questions répétées et des questions contradictoires m'ont toujours fait mettre en lumière les mêmes faits et la vérité de l'histoire la plus importante (cas 1er) m'a encore été affirmée par la jeune malade, peu de temps avant qu'elle ne succombât à une péritonite septique.

Cas I. — La malade est une jeune fille bien élevée, de vingt-deux ans; physiquement bien développée, mais nerveuse et troublée par des irrégularités dans la menstruation, la période intermenstruelle variant de quatre à six semaines.

Les dernières règles se montrèrent le 28 avril; pendant une visite, cinq semaines plus tard, le 4 juin, alors qu'elle attendait ses règles, elle céda à son séducteur, avec lequel elle n'eut qu'un seul rapport, puis retourna chez elle bientôt après. Les règles attendues ne vinrent pas; une grossesse normale suivit son cours; le 2 mars, deux cent soixante-douze jours après la fécondation, l'accouchement commença et le 3 au matin elle mit au monde deux jumeaux petits mais bien portants.

Cas II. — Une jeune fille de vingt-quatre ans, bien développée et d'une santé rare se livra pour la première fois le 24 juillet; comme elle n'avait jamais été très régulièrement réglée, elle ne put malheureusement pas se rappeler la date de la dernière menstruation qui avait précédé le premier coït; quoiqu'il en soit, elle n'a jamais été menstruée depuis; elle eut encore un seul rapport vers la fin de juillet, moins de trois semaines après le premier.

La patiente accoucha également le 2 mars, deux cent quarante-deux jours après le premier coït et mit au monde un bel enfant plein de santé, qui, sauf des différences extrêmement légères, offrait tous les caractères d'un enfant à terme.

Cas III. — Le 3 mars, je fus consulté par une fille de vingt-quatre ans, fille d'un fermier, qui selon toutes les apparences semblait être au huitième mois de la grossesse; le fond de l'utérus était à une largeur de main au-dessus de l'ombilic, l'ombilic saillant, le ballottement distinct. Cette fille avait été réglée pour la dernière fois vers le milieu de juillet, et s'était abandonnée pour la première fois, pendant les derniers jours de la période, avant l'arrêt complet du flux

menstruel. Il n'y avait eu qu'un rapport à cette époque et, bien que des rapprochements très fréquents se soient produits après, l'occasion s'en était fait attendre au moins pendant un mois, laps de temps qui aurait permis le retour des règles si la conception n'avait pas eu lieu. Je jugeai, d'après le développement de l'utérus et la position de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne, que la gestation devait durer depuis plus de sept mois et que la conception devait remonter aux derniers jours de l'écoulement menstruel.

Les faits sur lesquels je désire appeler l'attention sont les suivants :

1. La conception a accompagné la défloration ; dans chacun de ces cas le premier rapprochement a été fécond.

2. L'introduction du liquide fécondant et l'imprégnation doivent avoir été simultanées.

3. La conception a eu lieu dans un cas (I) juste avant l'apparition du flux menstruel, et dans un autre (III) pendant sa durée.

4. La durée de la gestation a été de deux cent soixante-douze jours et dans un cas de travail prématuré (II) juste de un mois de moins, deux cent quarante-deux jours.

1. Comme règle, le premier coït n'est pas un coït fécond, mais dans les trois cas ci-dessus mentionnés, la conception a suivi la défloration : Dans le cas I, c'est une chose évidente, mais qui peut sembler un peu douteuse dans les cas II et III, si nous n'avions des meilleures preuves à l'appui. Dans le cas II, l'accouchement se fit à huit mois, deux cent quarante-deux jours après le premier rapprochement, d'un enfant plein de santé et bien développé qui pouvait passer facilement pour un enfant à terme ; ainsi la fécondation a dû se faire au premier coït et simultanément avec lui ; elle n'aurait pu être la conséquence du second qui eut lieu trois semaines après, ce qui aurait réduit la durée de la gestation à sept mois, chose impossible, car l'enfant était si entièrement développé qu'il ne pouvait avoir moins de huit mois. Un semblable raisonnement peut s'appliquer au cas III ; le développement de l'abdomen était au moins celui qu'on observe à sept mois et demi, de telle sorte que la conception doit avoir eu lieu au premier coït et n'aurait pu résulter d'un rapprochement suivant, car le plus proche ne se produisit qu'un mois après ; d'ailleurs le flux menstruel ne reparut plus après le premier rapport sexuel.

2. A l'égard de la seconde proposition, que la conception a suivi immédiatement le contact du liquide fécondant, il ne peut pas y avoir de doute, pour les raisons déjà mentionnées ci-dessus ; et encore dans le cas I, il ne pourrait en être autrement. Comme preuve que la conception a eu lieu à la suite d'un seul rapport sexuel, c'est que le flux menstruel qui était attendu d'heure en heure n'a plus reparu.

3. La production de la conception, dans le cas I, juste avant l'arrivée des règles, et dans le cas II, avant la terminaison de la période, pendant sa durée, est, pour moi, une preuve du rapport qui existe entre l'ovulation et la menstruation, rapport que j'ai maintes et maintes fois démontré anatomiquement, et que je trouve vérifié dans chaque exemple nouveau qu'il m'est permis de constater.

Les ovaires participent à la congestion qui envahit invariablement tous les organes sexuels des femmes pendant la période menstruelle et qui se termine par la rupture de la vésicule de Graaf et l'écoulement hors de la muqueuse utérine d'un liquide sanguin, le flux menstruel ; c'est le dernier degré, la déplétion, la terminaison de la précédente congestion — le seul symptôme visible pour nous et auquel on a donné le nom de menstruation.

Les cas I et III servent admirablement à démontrer la vérité de l'une et l'autre des deux théories opposées, si chaudement soutenues par leurs défenseurs, savoir que l'œuf fécondé est uniquement un œuf développé pour la période attendue et qu'il appartient à la menstruation à venir (Lœwenhardt *Archiv. f. Gynécologie*, 1872, III, p. 456), laquelle naturellement n'apparait pas à cause de la fécondation ; et que l'œuf fécondé est uniquement un œuf développé pendant le dernier flux menstruel qui a précédé la conception.

Dans le cas I, la première théorie est la vraie, et dans le cas III, c'est la dernière. Le moment de la conception est le facteur le plus important et le plus souvent mal reconnu.

Dans le cas I, la conception a eu lieu pendant la congestion menstruelle, juste avant l'apparition de l'écoulement. Le follicule ovarien était sur le point de se rompre et l'excitation nerveuse et la congestion qui accompagnent les rapports sexuels avaient déterminé sa rupture un peu prématurée, comme cela se voit assez fréquemment.

Dans le cas III, l'œuf s'était déjà échappé du follicule et était tout prêt à être fécondé. Anatomiquement j'ai trouvé que la rupture de la vésicule de Graaf se fait généralement aussitôt après le premier jour de l'écoulement; ainsi, dans l'exemple récemment présenté à la société médicale de Saint-Louis, par le Dr Briggs (*Saint-Louis Med. and. surg. Jour.*, Mar. 20, 1880, p. 265), mort à la suite d'hémorrhagie pulmonaire, le troisième jour des règles, le caillot nouvellement formé dans l'ovaire est la preuve de la rupture récente.

Dans un autre exemple qui m'a été offert depuis lors, mort par péritonite traumatique, au quatrième jour des règles, le caillot encore frais confirmait le fait.

4. A l'égard de la durée de la grossesse, le cas I peut seul offrir quelque intérêt, bien qu'il soit extrêmement intéressant de voir que dans le cas II, où la conception a eu lieu juste un mois plus tard, le 4 juillet (cas I, le 4 juin), l'accouchement s'est fait le même jour, le 2 mars.

Dans le cas I, l'œuf a été porté complétement à terme, 272 jours, quelques jours de moins que la durée ordinairement acceptée de la gestation; le début des douleurs du travail étant probablement hâté quelquefois par l'extrême anxiété et la souffrance morale sous l'influence desquelles se trouve la patiente.

La durée ordinaire de la grossesse est fixée de 274 à 280 jours, terme moyen 278 jours, tandis que après un coït unique, si nous nous en rapportons à Leishman, cité par le Dr Reid — 43 cas de coït unique — elle est seulement de 275 jours; la durée de la gestation est comprise entre 260 et 300 jours. Leishman lui-même cite un cas de 273 jours.

Je ne pourrais attribuer à aucune cause excitante la production du travail prématuré dans le cas II; il se produisit à la fin du huitième mois de la grossesse, 242 jours après la conception et là, aussi bien que dans le travail à terme, la période mensuelle semble être un facteur important. L'époque du retour de la menstruation semble être le terme auquel l'œuf est expulsé.

Les remarques que j'ai faites, sont de simples déductions tirées des cas que nous avons sous les yeux, et c'est sur eux seuls que je m'appuie, car je ne voudrais pas me risquer à généraliser sur des bases aussi étroites.

MÉMOIRE

STATISTIQUE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AUX ÉTATS-UNIS ET DANS LES PAYS VOISINS

Par le docteur HARRIS de Philadelphie.
Traduite sur le manuscrit de l'auteur par le docteur VANDEN BOSCH.

L'opération césarienne a été pratiquée 121 fois dans l'Amérique du Nord, et a été suivie de guérison 56 fois.

Le premier cas remonte à 1769.

Pour les États-Unis 113 cas, 49 succès.

Mexique, 1 cas, 1 succès.

Cuba, 1 cas, 1 succès.

La Martinique, 2 cas, 2 succès.

La Jamaïque, 2 cas, 2 succès.

Tortola (Virginie, Islande, Antilles), 2 cas, 1 succès.

Au Canada et dans l'Amérique centrale il n'existe pas de cas.

Sur les 113 opérations faites aux États-Unis, 65 ont été publiées. Les 48 autres m'ont été renseignées par correspondance. Parmi les 65 premières, on compte 36 guérisons ; parmi les 48 autres, seulement 13, soit en tout 43 pour 100.

28 femmes furent opérées à un moment convenable, le premier jour du travail. C'étaient 14 blanches et 14 négresses. 11 blanches et 10 négresses, soit 75 pour 100, survécurent.

23 enfants vinrent vivants, 19 continuèrent à vivre.

9 femmes furent opérées deux fois dans l'Amérique du Nord : 1 à la Martinique et 8 aux États-Unis. De ces 18 opérations 2 furent fatales ; 3 blanches et 4 négresses ont survécu à la seconde opération. Une femme de couleur mourut à la suite de l'extirpation des ovaires faite sur sa demande dans le but d'amener la stérilité ; une autre

femme de couleur succomba à une dyssenterie qui existait avant l'opération (au cinquième mois de grossesse). Cette femme mesurait 1 mètre 23 centimètres et avait un bassin rachitique.

14 des enfants furent amenés vivants.

Deux femmes ayant subi deux fois la section césarienne vivent actuellement aux États-Unis. L'une a soixante et onze ans, a une fille de quarante-cinq ans et un fils de quarante-deux ans et six petits enfants. L'autre a trente-quatre ans, est mère d'une fille de cinq ans et d'un petit garçon né le 22 mai 1880.

Toutes deux ont été rachitiques dans leur enfance. La première est Irlandaise, la deuxième Bavaroise. La suture de l'utérus de celle-ci a été faite les deux fois au moyen de fil d'argent et a parfaitement réussi. Les deux femmes furent opérées chaque fois tout au commencement du travail.

La suture utérine a été employée 19 fois aux États-Unis. Des 3 premiers cas, 2 eurent un résultat heureux. Sur les 16 opérations pratiquées plus tard, 4 seulement furent couronnées de succès.

La suture avec le fil d'argent semble être la meilleure. Le catgut phéniqué a été employé seulement une fois, et n'a pas réussi, la plaie s'est ouverte par suite du relâchement des sutures.

Des cas dans lesquels le travail durait depuis sept et dix jours et où l'on a eu recours à la suture au fil d'argent, ont été suivis de succès. Le fil est tordu deux fois, coupé et relié sur la plaie. Il se forme par dessus un dépôt de substance, résultat d'une exsudation de lymphe plastique.

La Bavaroise dont il est question plus haut est le seul sujet que je connaisse chez lequel l'opération de la suture métallique de l'utérus a été pratiquée deux fois.

Il y a dans ce pays plusieurs femmes dont les utérus ont été suturés, mais elles n'ont pas conçu de nouveau, ou elles ont avorté.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

M. le Dr Béclard, au nom de M. le Dr Velasco (de Nice), présente à l'Académie de médecine un spéculum à valves protectrices (*fig.* 1)





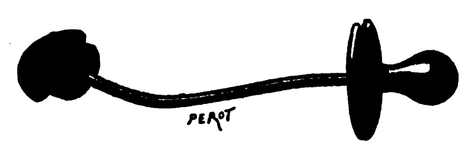


Fig. 1.

fabriqué sur ses indications par MM. Mathieu fils, fabricants d'instruments de chirurgie.

1° Sa forme courbe lui permet d'arriver sur le col utérin en suivant la courbure normale du vagin ; son application est donc plus facile que celle des spéculums droits employés jusqu'à ce jour, avec lesquels il fallait redresser la courbure vaginale et connaître la direction du col par le toucher préalable. 2° Le bout utérin, taillé en bec de flûte, permet de ramasser le col déplacé, et l'ouverture de ses valves permet d'envelopper le col, quel que soit son volume. 3° Deux petites valves de corne, articulées de chaque côté de la valve supérieure et glissant sur la valve inférieure, font de cet instrument un spéculum plein, malgré l'écartement que l'on peut donner aux valves principales. 4° L'écrou à ailettes qui sert à ouvrir le spéculum maintient les valves à l'écartement donné ; la courbure même de l'instrument lui permet de se maintenir seul en place et sans être soutenu. 5° L'ouverture de ce spéculum est faite en forme d'entonnoir pour recueillir les rayons lumineux et laisser le passage libre aux instruments, mêmes volumineux. 6° Un petit manche tubulé, placé sous la valve inférieure, sert à deux fins : pour soutenir le spéculum d'abord, et ensuite pour servir à l'écoulement des liquides injectés dans le spéculum. A ce manche s'adapte un tube en caoutchouc conduisant les liquides dans un vase placé à terre. Un rebord saillant, se trouvant à l'entrée de la valve inférieure, sert à empêcher le trop-plein du liquide de déborder du spéculum. 7° La partie externe des valves est en caoutchouc durci et par conséquent mauvais conducteur de la chaleur (isolant). La partie interne du spéculum est en maillechort brillant et blanc ; ses rayons lumineux sont donc réfléchis jusqu'au fond du spéculum.

Manière de s'en servir. — Son introduction se fait la vis tournée en haut, vers le pubis, le petit manche tubulé vers la fourchette, et sans faire aucun mouvement de rotation. On ouvre les valves en tournant la vis vers la droite, et, au second tour environ, l'embout se dégage seul ; on n'a donc plus qu'à le retirer. On continue à ouvrir les valves jusqu'au moment où le col entier est entouré. Pour le retirer, il faut dégager légèrement le col ; tourner la vis vers la gauche, de deux tours environ, et le tirer à soi.

Appréciation. — Le spéculum de M. le Dr Vélasco est réellement un instrument nouveau. C'est un spéculum bivalve, forme bec de canard, qui présente tous les avantages du spéculum plein sans en avoir les inconvénients. En effet, grâce aux deux lames latérales en corne, l'instrument est transformé en cylindre, mais en cylindre d'ouverture inférieure variable, ce

qui permet de saisir le col tout entier quel que soit son volume, ce qui ne peut être fait, dans tous les cas, avec le spéculum plein, qu'à la condition d'employer des instruments d'un volume énorme, très-souvent incompatible avec la capacité du vagin.

J'ai fait avec cet instrument, à l'aide du thermo-cautère quelques cautérisations extra et intra-cervicales, qui m'ont permis de constater combien le spéculum du Dr Vélasco rend la tâche facile.

En outre, le rebord saillant qui se trouve à l'entrée, sur la valve inférieure, empêche le liquide projeté dans le spéculum, après la cautérisation, de déborder. Un petit ajutage cylindrique permet de recueillir avec facilité le liquide dans un vase étroit.

M. Vélasco a réuni dans cet ingénieux instrument la plupart des avantages que présentent isolément les spéculums les plus usités. Ceux qu'il y a ajoutés de son chef, ne sont pas les moins importants.

Pour le médecin qui n'a qu'un spéculum, celui-ci est le meilleur, car il peut remplacer tous les autres.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS.

Séance du 17 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. AD. HENROT.

DE L'EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE LORS DE L'ACCOUCHEMENT.

Discussion.

M. Bienfait donne assez fréquemment l'ergot de seigle après l'accouchement ; il agit ainsi dans le but de prévenir les hémorrhagies. Généralement il prescrit 2 grammes d'ergot divisés en trois paquets. Il fait donner d'abord un paquet, et si une hémorrhagie se produit, les deux autres paquets sont administrés immédiatement. M. Bienfait a donné quelquefois l'ergot de seigle avant l'expulsion du fœtus, afin d'activer le travail alors que la tête est à la vulve. Il n'a jamais observé les accidents qui ont été signalés par un certain nombre d'accoucheurs.

M. Brébant a eu très-souvent l'occasion de donner l'ergot de seigle, soit avant l'expulsion du fœtus, soit avant la délivrance. Il a pu par

ce moyen, non-seulement hâter le travail, mais encore éviter des hémorrhagies, qui sont parfois si redoutables à la suite des accouchements de longue durée. Quant à la délivrance, il n'a jamais éprouvé de difficultés pour la faire, même après l'administration de l'ergot de seigle. Il considère comme un peu exagérées les craintes qui ont été signalées à cet égard.

M. Lévêque estime qu'il est du devoir de chacun d'émettre l'opinion qu'il s'est faite sur une question de cette importance pratique. — Aussi, bien qu'il ne soit nullement préparé à cette discussion, et quoiqu'il n'ait pas de statistique à produire, vient-il faire part, aussi brièvement que possible, de sa manière d'agir.

Il a, comme beaucoup de praticiens, donné longtemps l'ergot avant et après l'accouchement suivi de délivrance. Aujourd'hui, et depuis quelque temps déjà, il se défend autant que possible de l'administrer avant que la délivrance soit faite. Il préfère l'application de forceps pour terminer un accouchement languissant à l'administration de l'ergot. Il ne donne ce dernier qu'une fois la délivrance achevée, s'il craint une perte par inertie, par prédisposition constitutionnelle ou toute autre cause.

Cette conduite lui a été indiquée par les nombreux inconvénients qu'il a observés chez des femmes auxquelles les sages-femmes, trop pressées d'agir, avaient administré l'ergot presque toujours à hautes doses, pour en finir plus vite.

Il a été appelé souvent par des matrones pour extraire des placentas soi-disant enchatonnés, et qui n'étaient qu'emprisonnés dans un utérus contracté sous l'influence de l'ergot qu'elles avaient invariablement administré.

Avec du temps le plus souvent, avec la main le plus rarement, il venait à bout de cette complication.

Mais il a aussi vu des accidents se terminer par la mort.

Pour n'en citer qu'un entre autres, il rappellera le dernier cas observé, fin septembre 1879.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui accouchait de son huitième enfant, assistée d'une des meilleures sages-femmes de la ville. Voyant l'accouchement languir, cette dernière lui avait administré, en deux fois environ, 3 grammes de seigle ergoté. L'accouchement fini, il lui fut impossible d'extraire la délivrance, tant le col était contracté. C'est alors qu'elle me fit demander, et qu'après examen et enquête, je me décidai à attendre la cessation de la contracture; ce ne fut que quarante

et quelques heures après l'accouchement que le placenta vint de lui-même tomber dans le vagin. Néanmoins, des frissons suivis de sueurs fétides survinrent en même temps que les lochies se supprimèrent ; la fièvre persista pendant 8 à 10 jours, au bout desquels la malade succomba, malgré les soins les plus attentifs et les plus appropriés à la situation, et sans que le moindre accident abdominal ou thoracique se fût révélé. J'ai cru avoir affaire en cette circonstance à de l'infection putride. Pour en terminer, M. Lévêque rapporte, sans vouloir tirer des faits une conclusion absolument défavorable au seigle ergoté, que les deux dernières malades auxquelles il l'avait administré après la délivrance ont été prises : l'une de fièvre, vers le quatrième jour, avec suppression des lochies, frissons violents, sueurs fétides, sans aucun ballonnement du ventre ; ces accidents disparurent sous l'influence d'injections alcoolisés intra-utérines, qui amenèrent l'expulsion de petits caillots fétides ; l'autre eut, pendant 8 ou 10 jours, de petits accès de fièvre dans le jour, et rendit spontanément en plusieurs fois des caillots également fétides. Toutes deux guérirent.

M. Rousseau, d'Épernay, a employé un certain nombre de fois le seigle ergoté en poudre et en décoction, à la dose de 2 grammes 60 centigrammes à 3 grammes, en trois fois, lorsque les douleurs venaient à languir ou même à cesser, l'enfant étant descendu dans le petit bassin. Il n'a jamais eu à combattre la rétention du placenta après l'administration de ce médicament. Il a rencontré deux cas de rétention du placenta chez deux femmes qui étaient accouchées seules avant terme, et qui n'avaient pris, ni l'une ni l'autre, de seigle ergoté. Chez la première, il n'est survenu aucun accident, et le placenta a été expulsé au bout de huit ou dix jours. Chez la seconde, il est survenu de la fièvre, et huit jours après l'accouchement la mort a eu lieu.

M. Rousseau, d'Épernay, croit que, dans beaucoup de cas, l'état d'asphyxie où se trouve le fœtus au moment de sa naissance tient à ce qu'il a séjourné trop longtemps dans l'utérus après que le placenta s'est détaché de sa face interne. Dans ces conditions, l'administration du seigle ergoté peut sauver l'enfant en hâtant son expulsion, surtout quand, par quelque cause que ce soit, le forceps ne peut être appliqué.

M. Beltz croit que l'emploi du seigle ergoté avant la délivrance peut amener une rétention du placenta. Aussi, d'une manière générale, ne donne-t-il le seigle ergoté qu'après l'expulsion du délivre.

D'après lui, il faut une indication formelle pour donner le seigle ergoté avant la délivrance. Néanmoins, il ne croit pas que la rétention du placenta ait des conséquences aussi graves que quelques médecins l'ont dit. Souvent le placenta sort spontanément peu de temps après l'accouchement.

M. H. Henrot s'est très bien trouvé de l'emploi des injections intra-utérines alcooliques dans plusieurs cas de rétention placentaire. Le contact de l'alcool avec la muqueuse utérine détermine de fortes contractions de l'organe, et le placenta se détache très rapidement. Il donne quelquefois le seigle ergoté avant l'expulsion du fœtus, mais quand la tête est à la vulve.

M. Bulteau dit que son maître M. Lucas-Championnière, ne donne jamais le seigle ergoté avant l'expulsion du délivre. C'est pour lui une règle absolue dont on ne doit jamais se départir.

M. Decès croit qu'il y a de grands inconvénients à donner le seigle ergoté avant l'expulsion du fœtus. La mort de l'enfant n'est que trop souvent la conséquence de cette manière de faire. Le seigle, en effet, tétanise l'utérus et détermine par cela même l'asphyxie du fœtus.

M. Decès ne donne jamais de seigle ergoté avant la délivrance. Il regrette que les sages-femmes aient le droit de prescrire l'ergot de seigle ; il est intimement convaincu que 95 fois sur 100 ce médicament est administré d'une manière intempestive par les sages-femmes avant l'expulsion du fœtus ; aussi la statistique démontre que le nombre des enfants mort-nés est considérable. D'après lui, il y aurait un immense avantage, et pour la mère et pour l'enfant, à ce que la sage-femme ne pût donner le seigle ergoté.

Séance du 5 mai 1880.

TÉTANOS D'ORIGINE UTÉRINE.

M. Moret lit l'observation d'une malade qui a succombé à des accidents tétaniques. Elle était atteinte de corps fibreux de l'utérus. Des hémorrhagies considérables survinrent, le tamponnement vaginal fut pratiqué à plusieurs reprises. A la suite d'une émotion morale vive, le tétanos se déclara. M. Moret croit qu'il est assez rare de voir le tétanos survenir dans le cours des maladies utérines.

M. Decès fait remarquer qu'on a cité un certain nombre d'observations de tétanos survenant à la suite des opérations obstétricales.

(*Union médicale et scientifique du Nord-Est.*)

REVUE DE LA PRESSE

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE.

Service de M. PILAT.

QUELQUES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA SUR LE COL DE L'UTÉRUS.

Observation I.

Grossesse à sept mois et demi. — Hémorrhagie par insertion marginale du placenta du côté droit. — Version. — Métrite légère et phlegmasia *alba dolens* du membre gauche. — Guérison de la mère. — Mort de l'enfant.

Le 20 mars 1878, entre à la Maternité la nommée Cantillon Marie, âgée de vingt-quatre ans, ouvrière de filature. Cette femme est accouchée, quatre ans auparavant, d'une manière normale ; elle était enceinte pour la seconde fois, lorsqu'elle fut prise à cinq mois de grossesse d'une hémorrhagie légère qui se renouvela deux fois dans les deux mois qui suivirent. Ces deux hémorrhagies furent plus abondantes que la première.

Lors de son entrée, elle perdait du sang depuis quatre jours. M. Pilat, chef du service, examine à sept heures du soir cette femme qui était assez affaiblie et constate une grossesse arrivée à sept mois et demi environ. — Présentation du sommet en O I D P — les bruits du cœur du fœtus très-faibles s'entendent du côté droit, à la hauteur de l'ombilic et un peu en arrière — les petits membres sont en avant et un peu à gauche de la ligne médiane — au toucher, M. Pilat constate un col non effacé et ayant la forme d'un entonnoir. L'orifice interne est dilaté comme une pièce de 1 franc, il y a quelques caillots dans le vagin. En portant le doigt plus haut dans l'utérus, il reconnaît à droite la présence du bord placentaire faisant une légère saillie à travers l'orifice interne ; à gauche le passage est libre, l'hémorrhagie continuant et une intervention immédiate n'étant pas possible, M. Pilat

pratique le tamponnement avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer étendu d'eau et fait administrer un lavement au ratanhia.

A onze heures du soir, les douleurs se déclarent et vont en augmentant pendant les heures qui suivent, à une heure du matin M. Pilat, accompagné du chef de clinique M. Gorez, revient voir la malade. Il trouve le tampon en partie expulsé par les contractions utérines, parce qu'on avait négligé d'appliquer le bandage en T qui avait été prescrit, afin de maintenir le tampon en place, l'hémorrhagie qui s'était arrêtée sous l'influence de ce moyen avait reparu et la femme se trouvait plus affaiblie, son pouls était petit, les bruits du cœur du fœtus n'étaient plus perçus à l'auscultation, tout faisait présumer que l'enfant était mort par asphyxie. Le tampon ayant été retiré du vagin ainsi que les caillots qui s'y étaient formés, on constate avec le doigt une dilatation du col de 6 à 7 centimètres. Les contractions de l'utérus sont d'ailleurs assez vives et font souffrir la malade. Afin de mettre fin à cette situation qui peut compromettre les jours de la femme, on procède à l'extraction du fœtus par la version. M. Gorez, chef de clinique, après avoir rompu la poche des eaux à l'orifice, introduit la main droite dans le vagin, puis dans l'utérus, mais ne peut arriver à saisir un des pieds qui sont situés très-haut. M. Pilat remplace M. Gorez et parvient à introduire la main au-dessus du détroit supérieur en cheminant entre l'utérus et les mombranes, qu'il parvient à rompre plus complétement, mais non sans difficultés, puis pénétrant plus avant dans la cavité de l'œuf, il saisit le pied gauche qu'il amène à la vulve ; des tr actions légères sont exercées sur ce membre qui descend, et bientôt apparaît le siège de l'enfant, puis le membre droit qui est défléchi et se trouve en arrière ; on aperçoit alors entre les deux cuisses le cordon ombilical qui remonte vers le dos et passe au-dessus de l'épaule droite pour aller vers le placenta. Le tronc se dégage le dos en avant, les bras défléchis sont ramenés facilement sur les parties latérales du tronc, puis la tête est extraite avec rapidité, mais les battements du cœur du fœtus ont complétement disparu, et il est impossible de rappeler celui-ci à la vie. L'utérus revient assez bien sur lui-même et se contracte aussitôt après l'extraction du délivre. La femme est frictionnée, l'oreiller est enlevé, afin que celle-ci soit placée horizontalement. On donne ensuite 0,60 cent. d'ergot de seigle et au moyen de frictions exercées sur le ventre, dix minutes après, l'hémorrhagie cesse complétement. M. Pilat constate sur le placenta du côté où il était inséré

sur l'orifice du col une légère solution de continuité avec quelques caillots adhérents et une infiltration sanguine dans le tissu. Dans la nuit, on administre à la femme une potion cordiale, afin de relever ses forces qui sont affaiblies par la perte de sang qu'elle a subie.

Le 21, à la visite du matin, l'état de la malade est assez bon, la coloration de la face a reparu en partie, le pouls est à 96, la température à 38°,2, néanmoins tout fait craindre quelques complications dans les suites de couche, comme cela a lieu généralement après les pertes de sang.

Le 22, en effet, la fièvre est assez forte, le facies est altéré, les yeux sont excavés; la peau est chaude et couverte de sueur, pouls faible à 120, température 40°,2, le soir le pouls est à 124. Potion tonique.

Le 23, pouls 108, température 39°, 8. Peau chaude, sulfate de quinine 0, 40 cent.

Le 24. Pouls 112, température 39, la malade a peu dormi, son sommeil a été agité. — Lochies fétides — injections avec liqueur de Labarraque étendue d'eau, quelques fragments de membranes sont chassées au dehors par l'injecteur, — sulfate de quinine 0,40 cent., bouillons, lait de poule.

Le 25. Pouls 104, température 39°,2. Lochies blanches et moins fétides; l'utérus porté à gauche et à la hauteur de l'ombilic est sensible à la pression, — douleurs dans l'épaule gauche et le genou correspondant, léger subdélirium. Continuation des injections détersives, frictions sur l'épaule et le genou avec baume tranquille et laudanum, onctions sur le ventre avec la pommade mercurielle belladonée, sulfate de quinine, bouillons, lait de poule.

Le 26. Pouls à 96, température 38°,6. L'état s'est amélioré depuis hier, plus de subdélirium, douleurs de l'épaule et du genou amendées. Lochies peu odorantes, même traitement.

Le 27 et le 28. Les douleurs de ventre ont disparu presque complétement, néanmoins l'utérus est encore élevé, son mouvement de régression se fait lentement.

Le 29. Le pouls est à 80 et la malade semble entrer en convalescence.

Mais le 2 avril, on constate à la visite du matin, un gonflement douloureux du membre inférieur gauche avec décoloration de la peau qui est tendue et luisante, surtout sur la jambe, cataplasme enduit de baume tranquille, bouillon, continuation du sulfate de quinine.

Le 4. Le pouls est à 100, la température à 38°,4. Le 3 au soir, la

malade a eu un frisson léger avec gêne dans la respiration, 0,40 cent. de sulfate de quinine, bouillon.

Le soir, le frisson reparaît plus intense que la veille.

Le 5. Peu de fièvre le matin, 92 pulsations, température 38°8 ; sulfate de quinine, cataplasme sur le ventre. Le soir, vers huit heures, nouveau frisson avec claquement de dents qui dure quarante-cinq minutes environ.

Le 6 au matin. État plus satisfaisant, pouls 88. Le frisson ne reparaît plus le soir ni les jours suivants, le gonflement du membre diminue, néanmoins on continue le sulfate de quinine, bouillon, 1/4 d'aliments.

Le 10. La phlegmasia *alba dolens* qui avait sensiblement diminué les jours précédents reparaît avec une certaine intensité ; la femme souffre beaucoup dans le mollet, au creux poplité on sent un cordon dur, sensible au toucher, des sangsues sont appliquées sur cette partie, puis un cataplasme laudanisé, sulfate de quinine, bouillon, lait de poule.

Les jours suivants l'état du membre s'améliore, quoique la malade dit souffrir beaucoup. On continue les cataplasmes que l'on arrose de baume tranquille, le pouls devient de moins en moins fréquent.

Le 20. L'état est assez satisfaisant, la phlegmasia *alba dolens* a presque disparu.

Dans les derniers jours du mois, la malade se lève et marche un peu, ses forces reviennent, elle prend des aliments et se trouve, vers le 12 mai, assez bien remise pour quitter l'hôpital.

RÉFLEXIONS.— Cette femme qui a été jetée après l'accouchement dans un état d'anémie assez profonde avec tous les symptômes qui l'accompagnent a eu comme cela s'observe très-souvent une phlébite à la jambe, qui, pendant quelques jours a mis sa vie en danger, en donnant lieu aux phénomènes de résorption purulente qui heureusement se sont arrêtés.

L'enseignement de l'obstétrique apprend à reconnaître dans les symptômes qu'a offerts cette femme, l'implantation anormale du placenta sur l'orifice du col ; en effet, à partir du cinquième mois elle fut prise d'hémorrhagie sans qu'on pût en reconnaître bien la cause ; les deux nouvelles hémorrhagies qui se sont reproduites les deux mois suivants devaient faire soupçonner l'insertion vicieuse du placenta. Les moyens médicaux étant impuissants à arrêter les pertes du sang, l'indication est qu'il faut tamponner le

vagin afin d'arrêter l'hémorrhagie jusqu'à ce qu'il soit possible d'extraire l'enfant, soit par le forceps, soit par la version. Toutefois, lorsqu'il n'est pas possible d'agir immédiatement, la vie du fœtus est souvent compromise comme dans le cas présent. Mais au moins on a la chance de sauver la mère quand elle n'est pas affaiblie outre mesure par les pertes antérieures, ce cas vient aussi à l'appui de l'opinion émise par les accoucheurs les plus renommés que l'implantation du placenta sur le col se rencontre le plus souvent chez les multipares.

(*Bulletin médical du Nord.*)

DE LA CASTRATION DES HYSTÉRIQUES.

Tous les médecins de quelque expérience savent combien il faut se méfier des phénomènes constatés chez les hystériques. Là, le vrai se mêle à l'invraisemblable et au mensonge. Les perturbations de la sensibilité physique et morale sont tellement variées que si l'on n'examine pas avec une méfiance de soi-même, justifiée par les mystifications dont on peut être l'objet, on accepte comme vrais des renseignements absolument erronés. Toutes les pratiques récentes de magnétisme et d'anesthésie chez les hystériques en sont la preuve. On éteint la sensibilité par les métaux, par le bois, par le froid, par le chaud, par un vésicatoire, par le souffle d'un homme magnétique, comme on éteint la douleur par le contact du doigt ou par toute autre pratique aussi singulière.

Que n'a-t-on pas fait pour guérir les douleurs réputées ovariennes de l'hystérie. Les uns se contentent de vésicatoires, *loco dolenti*, d'acupuncture, d'injection de morphine, de compression violente de la région des ovaires, et d'autres ont été jusqu'à la castration.

Mais la castration n'a pas besoin d'être pratiquée. La pseudo-castration, le simulacre de la castration, peuvent produire le même effet. C'est l'influence morale, compliquée d'anesthésie chloroformique et d'incision de la peau, qui réussit. En voici la preuve dans le fait suivant observé en Allemagne et publié par le *Berl. klin. Woch*.

A la séance du 14 janvier 1880 de la Société médicale de Berlin, Israel

présenta une jeune fille de vingt-trois ans, guérie d'une hystérie grave par l'opération de Battey, dont elle portait encore la cicatrice. Cette malade souffrait, depuis plusieurs années, de vomissements incoercibles, accompagnés de névralgies ovariennes très-douloureuses. La faiblesse était extrême, l'anémie arrivée à un très-haut degré. Presque tous les médecins (et elle en avait consulté plusieurs) lui avaient conseillé de se faire opérer, et la jeune femme était arrivée peu à peu à la conviction que la castration seule pourrait remédier à sa triste situation. Aussi se décida-t-elle à se laisser opérer le 31 janvier. L'opération fut pratiquée avec chloroformisation et emploi de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Pendant les trois premiers jours après l'opération, sensibilité extrême du bas-ventre. La malade ne pouvait rester un instant sans une vessie de glace. En même temps, rétention d'urine, qui ne disparut qu'au bout de douze jours. Au bout d'une semaine, l'état général était bon, les vomissements avaient disparu, ainsi que la douleur ovarique. Depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

« Voilà, certes, un beau cas de guérison d'une hystérie grave par l'extirpation ovarique, dit l'auteur, — *si cette extirpation avait eu lieu, en effet.* » Or, il n'en est rien : l'opération n'a été qu'une mise en scène, et la cicatrice que porte la jeune fille est celle d'une légère plaie cutanée.

Cette observation remarquable est le point de départ d'une intéressante discussion des indications de la castration. D'après Israel, il faut agir avec beaucoup de prudence avant de pratiquer cette opération.

(*Berl. klin. Woch. et Paris Médical.*)

ACCIDENTS LES PLUS REDOUTABLES DE LA DÉLIVRANCE APRÈS L'AVORTEMENT.

Examinons ces accidents les plus redoutables ; ce sont :

1° L'hémorrhagie ;

2 La rétention du placenta et ses conséquences.

1° *Hémorrhagie.* — Pendant le travail de l'avortement la perte est plus forte que dans les premiers mois. En effet, les attaches du délivre sont plus solides; les vaisseaux plus volumineux, plus nom-

breux. Lorsqu'elle est légère, les réfrigérants, la position, l'aération, les boissons froides, les lavements laudanisés suffiront pour la modérer. Lorsqu'elle est grave, le tampon est doublement efficace.

Mais si l'embryon étant sorti, le placenta est encore inclus et si une perte se déclare, que faire ? Là encore il faut avoir recours au tamponnement ; la perte interne n'est pas à craindre, la capacité utérine est insuffisante pour créer ce nouveau danger. Mais il faut être prêt, car ces pertes sont parfois foudroyantes, et la femme peut mourir en peu de temps. Cela arrive surtout dans le cas où il y a eu des tentatives d'avortement. Le délivre, n'ayant, pour ainsi dire, aucun motif pour se détacher, continue à végéter dans l'utérus, et ses décollements successifs peuvent donner lieu à des pertes très-graves. M. Pajot cite un cas dans lequel le placenta a végété pendant vingt-neuf jours, avec des adhérences incomplètes provoquant des hémorrhagies, qui avaient, à plusieurs reprises, mis les jours de la femme en grand danger.

Donc, *à cette époque de grossesse*, que l'utérus soit vide ou gravide, *le tampon sera la ressource*, non-seulement la plus rapide, mais aussi la *plus sûre* et la *plus précieuse contre l'hémorrhagie.*

2° *Rétention du placenta.* — Les causes de cet accident sont multiples.

1. Nous avons déjà parlé du défaut de rapport entre les contractions et les dimensions du délivre. Kolliker a démontré que l'organisation de la couche musculaire de l'utérus n'était complète qu'au sixième mois.

2. L'embryon ayant un volume insuffisant pour dilater le col, celui-ci tend à se refermer ; un nouveau travail devient nécessaire.

3. La fermeté du tissu du col, qui ne lui permet pas de s'effacer.

4. La rétention d'urine (Stolz)..

5. Les déplacements successifs ou persistants de l'utérus pendant le travail, signalés dans quelques cas par M. Guéniot. Dans ce cas,les contractions n'agissent pas sur l'axe de l'organe, et ne portant pas directement sur le col, retardent ainsi sa dilatation.

6. La rétraction spasmodique de l'orifice interne du col.

7. Les adhérences anormales du placenta. La mollesse, l'état spongieux du tissu placentaire à cette époque permet à l'utérus de se mouler sur toute sa surface sans le décoller. Pressez une éponge humide dans votre main, son défaut de consistance lui permettra

de s'adapter sans séparation à toutes les inégalités de la face palmaire.

Parmi les causes assignées pour expliquer ces adhérences, citons encore les dégénérescences calcaires, lamineuses du placenta, les fausses membranes interposées, les inflammations et les cicatrices consécutives.

Quelle conduite faut-il tenir lorsqu'il y a rétention du délivre ?

Il n'y a pas de principes fixes et arrêtés, non plus que de formules à appliquer à tous les cas. Chaque cas particulier demande, de la part du praticien, un mode de procéder différent. En effet, le placenta peut être ou n'être pas accessible ; il peut être entièrement inclus ou au contraire en partie engagé ; le col est dilatable ou bien il ne l'est pas ; les symptômes d'infection putride sont menaçants ou bien encore il n'y en a pas la moindre trace ; enfin l'hémorrhagie est abondante ou elle est nulle.

Voilà un certain nombre d'hypothèses que la pratique réalise, qu'il faut avoir présentes à l'esprit et qu'il convient d'examiner.

A. *Le délivre est supposé enfermé en totalité dans la cavité utérine, non adhérent, le col un peu revenu sur lui-même, mais sans rétraction spasmodique ; il n'y a pas d'hémorrhagie.*

Que doit faire le praticien ? interviendra-t-il craignant des accidents toujours imminents ?

S'il intervient, a-t-il à sa disposition un moyen certain, dépourvu de dangers, et d'une application facile ?

Nous pouvons répondre qu'il n'en est pas ainsi. De plus, les accidents sont imminents, ils sont possibles, mais jamais ils ne sont foudroyants, et si on surveille attentivement la patiente on a le temps d'intervenir.

Nous concluons donc à l'expectation.

Mais cette expectation doit avoir des limites. Ici les avis diffèrent un peu, M. Guéniot conseille d'attendre vingt-quatre heures. D'autres auteurs disent qu'il est possible de prolonger l'expectation dans la grande majorité des cas.

Si le placenta est accessible, on pourra essayer, avec la plus grande douceur, de l'extraire avec les doigts.

Si ces essais restent infructueux, on pourra attendre que les lochies deviennent fétides. Chez certaines femmes, dit Jacquemier, dont les parties génitales externes sont relâchées, on pourra introduire la main entière dans le vagin, ou tout au moins jusqu'à la racine du

pouce. Le doigt indicateur seul, ou avec le médius, peut parcourir toute la cavité utérine, surtout si on a le soin de comprimer, avec l'autre main (*cette manœuvre est indispensable*) la région hypogastrique de manière à maintenir l'utérus aussi bas que possible. On peut ainsi entraîner, quelquefois assez difficilement, le placenta et les caillots qui en augmentent souvent la masse.

On peut aussi apprécier l'étendue et la solidité des adhérences. On exerce quelques tractions ménagées ; on pousse le doigt entre l'utérus et le placenta pour en achever le décollement.

Mais alors on peut provoquer une perte. Aussi ne faut-il avoir recours à ces manœuvres qu'après un laps de temps suffisant. On prescrira des injections d'infusion de camomille, le repos absolu, les lavements opiacés.

On a vu des cas de rétention de délivre prolongée sans accidents. Dans une observation de M. Pajot, un délivre consécutif à une grossesse de trois mois séjourna quatre mois et demi dans l'utérus, et n'ayant déterminé des phénomènes hémorrhagiques répétés qu'à partir de trois semaines après l'expulsion de l'embryon. (Cité par le Dr Brun, *thèse de Paris*.)

Dans le cas qui nous occupe, l'ergot de seigle serait-il utile ? Il est certainement indiqué. Mais c'est une arme à deux tranchants : il peut agir uniquement sur le col, et il commence à être dangereux sous ce rapport à cette période de grossesse. Il serait moins nuisible néanmoins qu'à une époque de la gestation plus rapprochée du terme.

2° *Il n'en est pas de même lorsque le placenta est engagé dans le col*, où son action est plus efficace et moins exempte de dangers. Mais si le délivre ramolli était étranglé à l'orifice interne ne vaudrait-il pas mieux attendre et résister surtout à la tendance naturelle qui vous pousse à tirer dessus ? D'autant plus que la présence de ce corps étranger irrite le col, le maintient béant et favorise les contractions réflexes du corps de l'utérus.

3° *Le placenta est adhérent ;* ce qui est rare, du reste, avant cinq ou six mois. Que faire ? D'abord, pas de perte tant qu'il est adhérent; moins de danger d'infection putride, puisqu'il vit, et surtout si l'adhérence ne porte que sur un petit fragment, le reste ayant été expulsé. Mais cette sécurité ne saurait durer longtemps. Sa vitalité est éphémère, et son décollement partiel expose bientôt aux hémorrhagies et à la putréfaction de la partie décollée.

4° Mais le placenta est renfermé, l'odeur de l'écoulement lochial dévoile sa putréfaction. Il faut agir à tout prix.

Ici, trois indications à remplir :

Réveiller les contractions,

Extraire le délivre, arrêter la perte si elle a lieu,

Et combattre la putréfaction.

Le péril est imminent, la situation est grave, quels sont nos moyens d'action?

Ce sont :

A Le seigle ergoté,

B Le tampon,

C Les instruments de préhension,

D Les injections anti-putrides,

E L'ergot de seigle est ici d'une heureuse application, à condition que le tampon viendra corriger ses tendances tout en corroborant son action. La perte ainsi arrêtée, et l'utérus excité, le délivre pourra être chassé spontanément dès qu'on retirera le tampon. Malgré ce secours, si les efforts expulsifs sont vains, on pourra extraire le placenta avec des pinces à faux germe, ou la curette de M. Pajot.

(Pour les injections anti putrides, consulter un article du *Concours médical*, 1re année, p. 222.)

5° Si le col est rétracté spasmodiquement, on aura recours au dilatateur de M. Tarnier, aux cylindres de laminaria, ou à l'éponge préparée. Cette dernière est plus efficace que le tampon contre la perte, tout en dilatant le col. Seulement, elle est difficile à introduire et surtout à maintenir en place, à moins de se servir du tampon comme adjuvant. Le dilatateur à ampoule a le triple avantage de dilater le col où il est aisément maintenu, de provoquer les contractions et d'arrêter mécaniquement la perte.

6° Enfin, lorsqu'après un avortement certain, on ignore si la délivrance est faite, on se comporte comme si elle ne l'était point. S'il y a hémorrhagie, on y remédie par les moyens précités. S'il y a infection putride, on agit de même, après s'être assuré toutefois si le col n'est point atteint d'une affection qui donnerait lieu à des pertes fétides, telle qu'un polype en voie de putréfaction, un cancer, etc...

TROISIÈME PÉRIODE. — *De quatre mois et demi à six mois de grossesse.* — Plus on approche du terme de la grossesse et plus on rentre dans le mécanisme ordinaire des complications de la délivrance après terme. Rappelons néanmoins que l'introduction de la main dans la

cavité utérine vient rendre les manœuvres moins dangereuses, plus faciles et plus expéditives. Disons aussi que le tampon devient un moyen dangereux, à cause de la capacité utérine qui augmente, et *qu'à partir du sixième et même du cinquième mois*, il doit être proscrit d'une manière absolue, du moins après la sortie du fœtus.

Ajoutons, enfin, que le col utérin est plus sensible encore à l'action de l'ergot de seigle, et qu'on doit le réserver *presque uniquement* pour les accidents qui se montrent pendant l'état de vacuité de l'organe. *(C. Médical.)*

Dr B. B.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

A PROPOS D'UN CAS D'HYDRAMNIOS (1).

L'hydramnios touche à beaucoup de questions aussi intéressantes qu'elles sont peu résolues. Quelle est la cause de cette sécrétion exagérée de liquide ? Quelle part faut-il faire à la mère, aux membranes ou à toutes les deux à la fois ? Quelles sont les malformations qu'éprouve le produit de la conception dans cette circonstance ? Voilà un certain nombre de *desiderata* sur lesquels le cas suivant pourra peut-être jeter quelque lumière.

Madame X..., âgée actuellement de vingt-huit ans, a toujours joui d'une bonne santé. Une première grossesse s'est terminée heureusement en septembre 1875, une seconde se passe de même en juillet 1878. Le 18 septembre 1879, les règles apparaissent pour la dernière fois ; madame X... se trouve de nouveau enceinte. Elle a remarqué qu'elle avait toujours eu, aux différentes époques de cette nouvelle grossesse, le ventre plus gros que dans les deux précédentes. M. Ferdut, qui l'avait accouchée jusque-là et qui devait encore le faire ayant été obligé de s'absenter, me pria de le remplacer, en me prévenant que le liquide amniotique était beaucoup plus considérable que d'habitude, ce qui devait faciliter l'accouchement. Quand j'examinai madame X... pour la première fois, vers la fin de juillet dernier, elle avait l'abdomen très-développé, ce qui la gênait beaucoup dans ses

1. Ce travail a été présenté à l'Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Reims, section de médecine, par M. le Dr Tison.

mouvements ; quand elle était couchée, son ventre se trouvait à côté d'elle, dans son lit, pour me servir de son expression. Un examen rapide me montra le col utérin très-ramolli, le doigt y pénétrait profondément, mais il n'arrivait pas jusqu'aux membranes. L'auscultation, pratiquée à différentes reprises, ne permit pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. Le fœtus remuait assez souvent et il arrivait plusieurs fois par jour que le ventre se contractait, c'est-à-dire qu'il devenait dur comme une bille d'ivoire, mais sans provoquer de douleur. Vu l'époque des dernières règles et en l'absence de la date à laquelle les premiers mouvements actifs du fœtus s'étaient manifestés pour la première fois, j'annonçai que l'accouchement aurait lieu du 1er au 15 juillet. Mais il est essentiel d'ajouter que madame X... n'était pas très-rassurée sur son état, elle s'inquiétait beaucoup, s'imaginant que les choses ne se passeraient pas bien et qu'elle avait quelque chose d'analogue à ce que M. About a raconté dans le *Cas de M. Guérin.*

Le 3 juillet au matin, les premières douleurs commencent et, pendant une heure au moins, j'observe les contractions régulières, intermittentes avec douleur et durcissement du ventre, en un mot des douleurs telles qu'elles ont lieu au début de l'accouchement ; toutefois le toucher, pratiqué à plusieurs reprises, n'indiquait pas encore de dilatation du col. Aussi quand, après avoir prescrit un grand bain, je revins au bout de deux heures, tout était-il rentré dans l'ordre.

Les jours suivants, madame X*** devint plus préoccupée, plus inquiète; elle voulait sortir en voiture, mais je m'y opposai. Ses craintes se faisaient plus vivement sentir ; elle n'accoucherait pas, disait-elle, on serait obligé de lui faire une opération, etc. Sur ces entrefaites, une amie à laquelle elle confia toutes ses inquiétudes, l'engagea à aller consulter son chirurgien, savant distingué, dont la réputation scientifique est appuyée sur des titres très-sérieux. Voilà que le 9 juillet, après avoir déjeuné, madame X***, malgré son mari, malgré son père qui est médecin, descend les cinq étages de son escalier, monte en voiture et va consulter le chirurgien de son amie. Quelques heures après, le père et le mari m'apportaient une ordonnance avec le diagnostic, *fausse grossesse.* que mon très-honoré confrère, sur la demande que je lui en fis, à la prière du père de la malade, m'affirma être un *kyste multiloculaire* qu'il faudrait opérer promptement à cause de l'énorme développement qu'il avait pris en très-peu de temps.

Les objections que je fis à sa manière de voir : mouvements actifs du fœtus, douleurs ayant annoncé un commencement d'accouchement, ramollissement du col, etc., ne purent le convaincre et il se mit à ma disposition pour le cas où l'on se déciderait à l'opération. Le soir, voulant tranquilliser cette famille et donner un signe convaincant au père de madame X***, je pratiquai le toucher debout et je perçus très-nettement le phénomène du ballottement, ce qui me permit d'affirmer la présence d'un produit dans l'utérus très-développé. A ce moment les malléoles et le bas de l'abdomen étaient le siège d'un œdème peu considérable.

En effet, le dimanche suivant, 11 juillet, à midi, les premières douleurs apparurent, et, à mon arrivée, à huit heures du soir, je trouvai le col dilaté et un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, la poche des eaux bombait. Selon toutes les apparences, les choses allaient marcher rapidement et le travail paraissait devoir se terminer vers minuit. Mais voilà que vers dix heures, les douleurs deviennent moins fortes, les contractions moins longues et plus espacées ; la dilatation du col se fait lentement, la poche des eaux ne fait point la saillie qu'elle devrait faire au moment des contractions ; bref, le travail se ralentit très-sensiblement. Vers deux heures du matin, je me décide à rompre les membranes avec le doigt, mais il ne s'écoule qu'une petite quantité de liquide. Une heure après, voyant que l'utérus ne se désemplissait pas, je renouvelle cette tentative, mais sans succès. M'armant alors d'une longue aiguille faite avec un morceau de bois, je perfore complétement les membranes, le liquide sort assez abondamment et bientôt sous forme de jet plus fort que celui qu'on obtient en ponctionnant une ascite. Je fais recueillir ce liquide et on en mesure six litres sans compter celui qui a imprégné le linge et qu'on n'a pas pu obtenir. Je pratique alors le toucher et je ne sens aucune partie fœtale au détroit supérieur, mais le ventre dont le volume avait beaucoup diminué permettait de reconnaître par la palpation le corps contenu dans l'utérus. Les douleurs reviennent bientôt plus fortes, plus rapprochées, et un quart d'heure plus tard le doigt rencontrait la partie fœtale. C'était une sorte de plaque dure, à la périphérie de laquelle étaient des parties molles. Était-ce un genou, un coude ? Impossible de rien préciser. Me préparant à tout événement, j'attendais, et, à quatre heures, l'utérus expulsait en première position un fœtus vivant, mais qu'il fut impossible de faire respirer, malgré toutes les tentatives essayées dans ce but : saignée

légère par le cordon, respiration laryngée, respiration artificielle par la pression sur la poitrine et le mouvement des bras, bains, frictions, etc. Quelques minutes après, la délivrance se faisait avec la plus grande facilité et la vulve ne présentait aucune déchirure. Aujourd'hui, plus de quatre semaines après, madame X*** est complétement rétablie et ses suites de couches n'ont nécessité d'autre médication que deux ou trois purgations légères pour faire passer le lait.

Examen du fœtus. — En essayant de ranimer le fœtus, je remarquai qu'il était atteint de malformation des membres et qu'il y avait arrêt de développement dans les os du crâne, le tronc et la face paraissaient normalement développés ; pris dans son ensemble, le fœtus qui était du sexe masculin avait un poids très-raisonnable. Les os du crâne étaient séparés par de larges membranes et je reconnus que la partie fœtale que j'avais eue sous le doigt au moment du toucher, n'était autre que le pariétal qui n'était relié aux os voisins que par une portion membraneuse assez large. Les membres étaient surtout atteints de raccourcissements qui affectaient principalement les deux premiers segments : bras, avant-bras, cuisse et jambe ; les pieds et les mains étaient normalement conformés, mais ils paraissaient affectés de pieds-bots à cause de la facilité avec laquelle les articulations qui réunissent les différents segments des membres, pouvaient jouer presque dans tous les sens. La peau et les muscles ne présentaient aucune anomalie. La peau montrait un grand nombre de plis transversaux et des dépressions infundibuliformes d'apparence cicatricielle ; mais une fois déplissées, celles-ci laissaient apparaître l'organe parfaitement sain. Ce fœtus présentait une malformation que M. le professeur Parrot a désignée sous le nom d'*achondroplasie*.

A la suite de cette communication qui l'a vivement intéressé, M. le professeur Parrot a bien voulu donner à la section de médecine, quelques détails complémentaires sur cette malformation qu'il a été à même d'observer plusieurs fois.

Elle ne tient pas au rachitisme, mais à un arrêt de développement des os dont le point de départ réside dans le cartilage qui est tout à fait stérile (d'où le nom d'achondroplasie). Il est probable, d'après lui, que le fœtus présentait un certain degré d'hydrocéphalie, lésion qu'il a toujours observée dans ces circonstances. Il arrive quelquefois que ces fœtus survivent, mais le fait est rare. Cependant Broca a pu présenter à la société d'anthropologie un homme de quarante-deux

ans qui était atteint d'achondroplasie. Cette monstruosité coïncide-t-elle avec l'hydramnios ? Voilà ce qu'il serait intéressant d'élucider et, à ce point de vue, l'observation précédente est bonne à enregistrer.

(*Le Concours médical.*)

LE CANCER DU SEIN ; ÉTUDE STATISTIQUE.

Dans un mémoire de quarante-cinq pages sur la statistique du cancer mammaire observé dans la clinique du professeur Esmarch (de Kiel) et reposant sur 250 cas, le Dr Justus Odlekop vient de publier dans les *Archiv für Klinische chirurgie* de Langenbeck un travail dont nous pouvons extraire (t. XXIV, p. 536) quelques données importantes quant à l'âge, quant à l'hérédité, quant aux maladies antérieures, etc.

Age. — D'après le relevé de 203 cas, l'auteur conclut que l'âge moyen auquel apparaît le cancer du sein est 48, 4 ans ; le cancer se montrerait, par conséquent, trois ans plus tard que ne l'indique le relevé de Winiwarter, ce qui s'expliquerait par le développement sexuel plus tardif dans le nord de l'Allemagne. Quant à la période de vie sexuelle, c'est de vingt-cinq à quarante-huit ans que l'on trouve le plus grand nombre de cancers — 53,7 0/0, tandis que les autres ne fournissent que 31,0 0/0 et 15,3 0/0. — Chez les femmes qui n'étaient pas mariées ou qui n'avaient pas eu d'enfants, le cancer s'est développé en moyenne deux ans et demi plus tôt que chez celles qui étaient mariées et avaient enfanté.

Maladies locales. — La mastite puerpérale exerce une certaine influence sur le développement du cancer ; de même, le traumatisme local. La mamelle droite est affectée plus souvent que la gauche, et c'est dans la moitié externe et supérieure du sein que le cancer apparaît de préférence.—Dans trois cas, le cancer provenait d'un eczéma chronique.

Hérédité. — Sous ce point de vue, l'auteur n'a trouvé des données positives que dans onze cas.

Marche. — Le noyau mobile initial augmente peu à peu de volume et devient de plus en plus douloureux. Il contracte des adhérences avec la peau, qui s'amincit, rougit et s'ulcère. Un peu plus tard, la

tumeur fait corps avec le muscle pectoral, et l'engorgement des glandes axillaires, sous et sus-claviculaires ne se fait pas longtemps attendre. Le cancer s'accroît alors en région, envahit les côtes, la plèvre et le poumon, ou bien, après avoir rompu la barrière ganglionnaire, il détermine des métastases dans les organes internes.

Deux circonstances exercent une influence manifeste sur la rapidité de cette évolution ; c'est la nature histologique du cancer et l'état général des malades qui en sont atteints. La durée moyenne du squirre est de 60 mois, tandis que la durée était seulement de 33,9 de mois dans les autres cas de cancer. — Quant à l'état général, la cachexie est toujours un symptôme de cancer très-avancé.

D'après les chiffres moyens, c'est entre 7 et 14 mois que le cancer contracte des adhérences avec la peau, c'est entre 15 et 16 mois 1/2 qu'il se propage aux glandes axillaires, entre 14 et 26 mois que la peau s'ulcère,— entre 15 et 23 mois que s'établissent des adhérences avec les parties sous-jacentes. Il y a une sorte d'antagonisme entre les parties sous-jacentes et les glandes axillaires.

Résultats de l'opération. — Le succès de l'opération est moins durable quand il y a déjà infiltration cancéreuse des ganglions axillaires. Les récidives sont plus précoces dans le cas d'engorgement ganglionnaire ; elles ont lieu en moyenne au bout de deux mois, tandis qu'elles n'apparaissent pas avant six mois dans le cas contraire.

Métastases. — Le foie est le siège le plus fréquent des métastases ; on les trouve ensuite dans les plèvres et les poumons, dans l'abdomen, dans la colonne vertébrale, dans l'estomac, dans l'utérus, dans les ganglions rétropéritonéaux, les capsules surrénales.

Doit-on opérer le cancer du sein? — D'après les données de l'auteur et celles de Winiwarter, la durée moyenne de la vie est de vingt-neuf mois et demi pour les non opérées, et trente-huit mois et demi pour les opérées. Par conséquent, les malades opérées meurent en moyenne neuf mois plus tard que celles qui ne le sont pas ; l'opération prolonge l'existence des malades.

Sur 250 malades, 225 ont été opérées ; et parmi les 261 opérations qui ont été pratiquées à la clinique, il y a :

33 fois	extirpation	partielle sans les ganglions...	deux cas	de mort.
52	—	totale ...	1	—
11	—	partielle avec les ganglions...........	1	—

107	—	totale	—	14	—
5	—	des ganglions serrés.....................		0	—
53	genre d'opération incertain............................ ...			5	—

Le pansement de Lister n'a pas amené les brillants résultats qu'on pouvait en attendre.

Quant aux cancers inopérables, les cautérisations employées contre eux (chlorure de zinc, pâtes et poudres arsenicales, etc.) n'ont donné que des résultats temporaires. L'application de poudre opiacée sur les surfaces ulcérées s'est montrée efficace contre les douleurs vives que les malades y éprouvent ; en outre, avec l'emploi de vessies de glace on a souvent réussi, pendant quelque temps à diminuer la tumeur et à arrêter son développement.

Récidives. — Sur 113 cas, après une première opération, la récidive a eu lieu 63 fois sur place ; 15 fois dans la cicatrice et l'aisselle ; 6 fois dans un reste de ganglions et l'aisselle ; 2 fois dans la cicatrice, et dans les ganglions axillaires et sus-claviculaires ; 1 fois dans la cicatrice, l'aisselle et au dos; 1 fois dans la cicatrice et au cou ; 1 fois dans la cicatrice et la peau environnante ; 5 fois dans l'aisselle seule ; 1 fois dans les ganglions claviculaires seuls ; 1 fois dans les glandes sus-claviculaires, à la nuque et à la tête ; 1 fois dans les ganglions axillaires et claviculaires et dans l'autre sein; 5 fois dans l'autre sein seul ; 1 fois au dos (sous l'omoplate); 1 fois à la tête seule ; 1 fois à la lèvre supérieure, à la langue, à la main ; 3 fois à la peau, aux côtes, à la plèvre ; 5 fois dans les organes internes.

L'aisselle est souvent le siège de récidive après l'extirpation du sein sans les ganglions axillaires et elle l'est rarement après l'extirpation du sein et des ganglions.

Sur 112 cas, la récidive a eu lieu immédiatement après l'opération dans 14 cas ; pendant le premier mois, dans 15 cas ; au bout de plus d'un mois, dans 83 cas.

(*Paris Médical.*)

CAS CURIEUX D'HERMAPHRODISME.

La presse médicale espagnole reproduit ce cas, qui a été vu à la clinique du professeur Giné y Partagas, de Barcelone.

C'est un cultivateur de vingt-huit ans, entré à l'hôpital pour une

autre affection, et chez lequel on constate les organes masculins à droite, composés d'un pénis court de 4 à 5 centimètres, un peu plus pendant l'érection, un scrotum dépourvu de raphé médian, renfermant un seul testicule ordinaire. L'autre, s'il existe, quoique rien ne le fasse présumer, ne serait pas descendu. Le pénis est dévié à gauche. Les organes féminins occupent le côté gauche. Ils sont représentés en dehors par une grande et une petite lèvre, très-parfaites, pas de clitoris, un orifice vaginal ovale, dépourvu d'hymen et de caroncules. En dedans, la grande lèvre est remplacée par le scrotum, dont la face qui regarde le vagin est recouverte d'une peau si mince et si fine, qu'on doute si elle a les éléments anatomiques du derme ou d'une muqueuse. Quant au méat urinaire, il se trouve normalement situé dans le gland. Le vagin, long de 4 centimètres à peu près, se termine en cul-de-sac, et le toucher rectal n'a pas permis de reconnaître la moindre trace d'utérus, ni normal, ni rudimentaire.

M. le Dr Queirel, professeur de Gynécologie à l'école de Marseille, donne lecture d'un mémoire sur l'hystérectomie :

Il présente à l'Académie une pièce anatomo-pathologique qui lui paraît digne d'attirer l'attention moins parce qu'elle provient d'une hystérectomie faite avec succès (car les succès ne se comptent plus, M. Queirel en a pour sa part trois ou quatre opérations qu'il a pratiquées), que parce qu'elle paraît jeter un jour tout particulier sur l'histoire des tumeurs abdominales en général et des tumeurs utérines en particulier. L'auteur donne d'abord quelques détails très-brefs sur la malade qui fait l'objet de cette communication.

Femme âgée de cinquante ans, ménopause, il y a cinq ans; les deux dernières années, règles tous les quinze jours. Mais, il y a deux ans, elle commença à souffrir du ventre; au milieu du mois de novembre dernier, elle se trouvait dans l'état suivant : teint cachectique, de l'anémie prononcée, de l'anémie utérine, œdème léger des membres inférieurs. Pouls petit et fréquent, anorexie complète, vomissements quelquefois. Du côté du ventre, développement comparable à une grossesse à terme ; on s'aperçoit tout de suite qu'il existe une tumeur très-grosse, dure, ne présentant en aucun point de fluctuation ni de résistance ; cette tumeur est globuleuse, mobile et ne paraît pas adhérer aux parois abdominales. On la limite par la percussion,

qui donne de la matité dans les points correspondants à son existence et de la sonorité à sa périphérie. Elle rappelle pour la forme, le volume et la situation d'un utérus gravide à terme.

L'opération décidée est pratiquée le 22 novembre 1879, à huit heures du matin. Faite dans un quartier populeux de la ville, mais à l'aide de la méthode de Lister dans sa plus grande rigueur, elle ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est que le pédicule était fort large (7 centimètres de diamètre) et que la section a été faite au niveau de l'union du corps et du col, c'est-à-dire dans la portion sus-vaginale du col.

L'examen de la pièce, qui avait le volume d'une tête d'adulte, présentait en arrière de petits fibrômes gros comme une aveline. L'un de ces fibrômes, que l'on découvre en incisant la paroi postérieure de l'utérus, était pédiculé et ressemblait à ces fibrômes si bien décrits par de West. Ce sont ceux-là qui seraient justiciables de l'emploi de l'ergotine si on pouvait les diagnostiquer ; car, par la contraction des fibres musculaires utérines, ils pourraient être exprimés et expulsés assez facilement, le pédicule n'offrant que peu de résistance.

La paroi antérieure constituait à elle seule la tumeur principale. En l'incisant on trouve qu'elle est constituée par un énorme caillot sanguin, très-dur, qui remplit complétement une cavité formée aux dépens de la paroi antérieure.

Ainsi donc, deux cavités : une dans la paroi antérieure de l'utérus séparée de la vraie cavité utérine. La nature de cette tumeur n'est pas douteuse ; elle rentre dans la classe des hématocèles se formant par épanchement dans l'interstice des fibres musculaires de la paroi utérine. Au point de vue du traitement, elle paraît contre-indiquer l'emploi de l'ergotine qui n'aurait pas agi, ou, agissant aurait amené une rupture, soit de la portion antérieure de la paroi d'où épanchement consécutif dans la cavité péritonéale, on en sait les dangers, soit de la portion qui séparait cette cavité de la cavité utérine, et alors communication avec l'air extérieur, suppuration longue et périlleuse ou même sphacèle d'une partie du tissu utérin. Au lieu de cela, une opération réglée qui a débarrassé la malade radicalement. En effet, celle-ci était complétement guérie le vingt-huitième jour.

PROLAPSUS ET RÉTROVERSION D'UN UTÉRUS GRAVIDE ; RÉDUCTION DE L'UTÉRUS ; GUÉRISON

Par M. LARRIVÉ.

Une femme de trente ans, mariée depuis cinq ans et ayant eu trois enfants, éprouve depuis son dernier accouchement, remontant à deux ans des douleurs habituelles dans les reins et le bas-ventre. L'utérus est manifestement abaissé et, sous l'influence de la fatigue et de la marche, le col vient apparaître à la vulve.

Au troisième mois d'une nouvelle grossesse, des troubles urinaires surviennent, tandis que les douleurs abdominales s'exaspèrent ; les signes de la grossesse ne sont pas douteux, mais on n'entend pas le bruit de souffle dans les fosses iliaques. La réduction du prolapsus, compliqué de rétroversion est faite, après anesthésie, et se maintient sans appareil. Le soulagement est immédiat, l'utérus, dégagé de la concavité du sacrum qui l'enclavait est maintenant appréciable au-dessus du pubis, et l'on entend à l'hypogastre un bruit de souffle systolique très-net.

(*Lyon Médical et Gazette médicale de Paris.*)

RÉTENTION D'UN FOETUS MORT PENDANT PLUS DE DEUX MOIS. — AVORTEMENT. — SUITES FAVORABLES.

Le 13 juillet, je suis appelé à E... pour donner mes soins à madame C... Il s'agit, me dit la personne chargée de venir me chercher, d'une fausse couche probable, car la malade qui est dans son septième mois de grossesse, souffre depuis cinq heures du matin et perd du sang.

Il est six heures du soir, lorsque j'arrive au chevet de madame C... Elle vient d'expulser, devant la sage-femme qui l'assiste depuis le matin, un fœtus âgé de quatre mois à peine ; en même temps est sorti le placenta avec les membranes bien complètes. Très-peu de sang s'écoule après la délivrance.

La malade est tranquille, la figure bonne, le pouls ne dépasse pas

quatre-vingts. L'utérus est parfaitement revenu sur lui-même, et très-dur.

Madame C... peut elle-même me renseigner sur les différentes phases et les particularités de sa grossesse.

Elle a vingt-quatre ans et en est à sa troisième grossesse. Ses deux premiers enfants vivent, l'un a trois ans et demi, l'autre dix-huit mois. De taille moyenne, bien conformée, ses couches antérieures ont été heureuses. Les règles n'ont pas reparu depuis le 14 décembre, elle a grossi, éprouvé des malaises, des vomissements jusque vers les premiers jours de mai, époque à laquelle le ventre a cessé d'augmenter ; les seins sont revenus à leur état normal après avoir augmenté au début. A partir de cette époque, les malaises et les vomissements ont disparu, comme par enchantement, et le retour à la santé a été complet. Elle n'a jamais senti remuer. Vers le milieu de juin, elle a remarqué, à différentes reprises, que sa chemise était maculée de tâches jaunâtres provenant d'un écoulement séreux. Elle n'avait ajouté aucune importance à ce fait, elle avait seulement constaté que son ventre cessait non-seulement d'augmenter, mais devenait plus mou. J'ai insisté pour savoir s'il n'y avait pas eu, à cet avortement, quelque cause occasionnelle violente, je n'ai rien pu obtenir à cet égard.

A cinq heures du matin les douleurs l'ont prise et se sont succédé sans relâche et avec une intensité croissante, tout le reste de la journée. Il s'écoulait du sang par la vulve. Voyant que le travail n'aboutissait pas et redoutant une hémorrhagie, la sage-femme s'était décidée, à quatre heures du soir, à invoquer le secours d'un médecin.

Le fœtus qui m'est présenté est complétement macéré, il est flasque, la peau est ridée, les parties molles du thorax dessinent les côtes, l'abdomen est affaissé, la tête s'aplatit sur elle-même sous l'influence de la pesanteur ; sa longueur totale est de 16 centimètres environ. Le cordon est exsangue. Le placenta mesure 8 centimètres de diamètre, il est relativement épais et dur. Sur sa face utérine se voient encore quelques rares vaisseaux gorgés de sang noir et des caillots. Le reste du tissu placentaire est complétement exsangue.

Aucune mauvaise odeur à signaler dans les produits expulsés. Madame C... a été promptement rétablie.

Réflexions. — Si j'ai tenu à publier cette observation dans le *Concours Médical*, c'est qu'elle me paraissait renfermer quelques points assez curieux concernant la pathologie de la grossesse.

— Il est certain que la mort du fœtus remonte aux premiers jours de mai ; ce qui fait que ce corps étranger a séjourné plus de deux mois dans la cavité utérine sans causer de préjudice pour la santé de la mère. La circulation dans le placenta a diminué petit à petit, et c'est quand elle est devenue presque nulle, bornée qu'elle était aux petits vaisseaux signalés à sa surface utérine, que les contractions ont commencé.

— Le peu de sang écoulé pendant et après le travail nous démontre l'innocuité, pour la mère, de ce genre d'avortement.

— La cessation des vomissements, le retour à la santé complète à partir du moment où le fœtus cesse de vivre est un fait signalé par les auteurs et que vient confirmer notre observation.

— Le travail qui a duré plus de douze heures a été relativement long, car les contractions étaient énergiques et fréquentes. Je crois qu'on peut donner à ce fait l'explication suivante : tant que le placenta a eu quelque adhérence avec l'utérus, ce dernier a épuisé ses contractions sur un fœtus aussi mou qu'une éponge ; ce n'est que lorsque les contractions ont pu s'exercer sur le placenta décollé et présentant une densité beaucoup plus grande que le fœtus, qu'elles sont devenues efficaces et ont amené l'expulsion. Le vrai travail de l'accouchement s'est effectué sur le placenta.

D[r] Paul LEBRUN, *Bar-sur-Aube.*
(*Concours Médical.*)

EFFETS DE LA LACTATION LONGTEMPS CONTINUÉE SUR LES OVAIRES ET L'UTÉRUS.

Pendant la grossesse, les seins sont le siège d'une congestion qui va s'accentuant tous les jours davantage jusqu'à la délivrance. Il se produit alors une accélération brusque de ce processus, qui peut aller parfois jusqu'à l'inflammation. A cette époque, l'excitation des seins a un grand effet sur les contractions de l'utérus.

Dès que la nouvelle fonction est établie, l'utérus et les ovaires sont le siège d'un processus rapide d'involution : la menstruation est partiellement ou totalement suspendue, parce que l'ovulation est rare pendant la lactation.

Aucun auteur n'a encore parlé de l'effet de la lactation prolongée sur les organes génitaux, si ce n'est Marion Sims, qui a dit qu'elle pouvait être la cause de la métrite du col.

D'après les observations d'un grand nombre de cas, M. Sinclair tire les conclusions suivantes :

1° La lactation tend à empêcher la conception par son influence sur les ovaires en retardant leur retour dans un état où l'ovulation est parfaite ;

2° Après le sevrage, l'évolution des ovaires devient plus rapide que pendant la période de lactation ;

3° Après une lactation prolongée, sa cessation brusque peut être suivie d'une évolution rapide des ovaires et de l'utérus, donnant lieu à des symptômes d'hypérémie ovarique et utérine ;

4° Une lactation prolongée peut produire une *super*-involution de s ovaires et de l'utérus, amenant, lorsque les circonstances s'y prêtent, un prolapsus complet ou partiel de l'organe.

(*M. Times and Gaz.* et *Journ. d'accouchements de Liège.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS PAR LA CAUTÉRISATION AU CHLORURE DE ZINC.

Le Dr Lejeune a suivi dans le service de M. Alphonse Guérin les bons effets que l'on peut retirer du chlorure de zinc dans le traitement du cancer du col. Voici comment il conseille de procéder :

Lorsqu'on a bien mis le col dans le champ du spéculum, on introduit dans la cavité du col un petit cône de pâte de canquoin de longueur suffisante pour remonter jusqu'à l'orifice cervical, si on craint que la propagation du mal se soit faite plus ou moins profondément par l'intermédiaire de la muqueuse de cette cavité, puis on applique une rondelle bien exactement sur le museau de tanche, et pendant qu'on la fait maintenir en place au moyen d'une longue pince, on fait

glisser dans le cul-de-sac postérieur du vagin un tampon de charpie destiné à protéger la muqueuse si le caustique venait à se déplacer. Ensuite on remplit la cavité vaginale d'un autre tampon de ouate et de charpie suffisamment volumineux pour maintenir immobile et en place la pâte de canquoin. La malade est ensuite portée dans son lit. Cette dernière précaution est indispensable, parce qu'elle permet d'éviter les mouvements de la marche qui peuvent déplacer le caustique. Puis on continue le séjour au lit jusqu'au moment où on enlève le tampon et la pâte de canquoin; il est même utile de le prolonger quelques jours après.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail :

1° Le cancer limité au col de l'utérus sera avantageusement traité par la cautérisation à la pâte et au chlorure de zinc ;

2° On obtient par ce caustique une destruction aussi complète du mal que par l'amputation du col, et on reste à l'abri des accidents qui peuvent accompagner cette opération ;

3° Les flèches peuvent être enfoncées profondément dans la cavité du col et atteindre des parties qu'il serait dangereux d'attaquer par un autre moyen ;

4° Lorsque le mal est trop étendu pour qu'on puisse espérer pouvoir le détruire, la cautérisation au chlorure de zinc peut encore trouver son emploi pour réprimer les fongosités cancéreuses et combattre avec avantage les hémorrhagies ;

5° Ce traitement est très-bien supporté par les malades, il est d'une application facile et à la portée de tout le monde.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

DE L'IODOFORME DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES.

Ce médicament qui a eu ses jours de vogue et de succès malgré son odeur nauséeuse et répugnante, est soigneusement étudié par M. le Dr Malachia de Cristoforis dans son emploi pour la médication endo-utérine (métrite interne à marche lente).

Le travail est présenté sous forme de lettre au professeur Piétro Pellizzari, le célèbre professeur de syphiliographie de l'école de Florence.

Notre distingué collègue, membre associé étranger, a entrepris une série d'observations cliniques comparatives, entre la médication par l'iodoforme et celle par les astringents et par la cautérisation.

Le Dr Malachia a surtout été guidé dans ses applications thérapeutiques de l'iodoforme par les observations cliniques de Moleschott, qui a établi d'une manière incontestée « son action résolutrice et modificatrice, déterminant l'absorption des éléments de transudation et de nouvelle formation ». Les cas de guérison complète sont déjà au nombre de 15. L'iodoforme en poudre est porté dans la cavité utérine, au moyen des instruments ordinairement employés (à quelques petites modifications près) dans le traitement des affections utérines.

Avec une modestie et une bonne foi remarquables, le Dr Malachia appelle sur sa pratique le contrôle de l'expérimentation clinique.

(Journal d'hygiène.)

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES D'EAU CHAUDE DANS LES MÉTRORRHAGIES REBELLES.

Madame T..., mariée, trois accouchements à terme. Deux enfants vivants, le troisième mort-né ; depuis ce moment, plusieurs avortements, le dernier au second mois ; métrorrhagie abondante. Ergot de seigle, acide gallique, fomentations froides sur le ventre, injections astringentes, le tout sans succès. Au toucher, le Dr W. R. Mekinzie trouve l'utérus en antéversion, injections intra-utérines de teinture d'iode.

La malade va très-bien pendant dix jours ; puis la métrorrhagie se reproduit avec plus de violence que la première fois, glycérolé de tannin et teinture d'iode ; amélioration, puis nouvelles hémorrhagies répétées à plusieurs reprises en vingt-quatre heures et assez graves pour menacer la vie. Tamponnements répétés, injections intra-utérines de la solution de sous-sulfate de fer de Monsel. L'auteur, qui avait employé à plusieurs reprises les injections d'eau chaude comme antiphlogistiques et en avait obtenu de bons effets, résolut de l'expérimenter comme hémostatique. Il plaça la malade dans la même position que pour l'examen avec le spéculum de Sims et il injecta dans le col de l'eau à 43,3. Arrêt presque instantané de l'hémorrhagie ;

l'usage journalier des injections d'eau chaude produisit une guérison radicale.

« Je n'ai qu'une expérience limitée, ajoute l'auteur, en ce qui concerne l'usage des injections d'eau chaude contre les métrorrhagies, de sorte que je ne peux proposer rien de nouveau ; j'ai simplement l'intention en publiant ce cas de corroborer ce qui a été dit depuis plusieurs années. »

Dans les métrorrhagies puerpérales, Playfair recommande d'injecter de l'eau de 45 à 55°, il paraîtrait que ce traitement donne des succès quand tous les autres ont échoué, le nombre des faits qui le prouvent est maintenant considérable.

Le Dr Lombe Atthill de Rotunda Hospital en a publié 60. Ce traitement serait avantageux surtout dans des cas où l'utérus se relâche et se contracte alternativement sans qu'il soit en notre pouvoir de régler l'action musculaire. Sans avoir une très grande expérience, l'auteur a essayé le procédé du traitement dans deux ou trois cas, et le succès a toujours dépassé son attente. Il croit que ces irrigations chaudes sont un moyen excellent contre les pertes utérines puerpérales ou non. (*Southern Illinois medical Association. Saint-Louis med. Journal XXXVIII*, n° 10, p. 541, et *Paris médical.*)

VAGINISME GUÉRI PAR LES SUPPOSITOIRES D'EXTRAIT DE RATANHIA.

Par E. B.

Une jeune femme, accouchée pour la première fois il y a six mois, avait une hypéresthésie vaginale telle que tout rapprochement conjugal était impossible. Son mari me fit part de cette circonstance, et comme dans des cas semblables j'avais examiné la vulve et trouvé une fissure cachée qui était le point de départ de l'hypéresthésie, je ne pris pas la peine d'examiner la jeune femme. Je la traitai comme si j'avais vu la fissure vaginale, cause du spasme vulvaire. Je prescrivis :

Beurre de cacao.	20 grammes.
Extrait de ratanhia.	—

pour six suppositoires, à mettre un tous les soirs dans le vagin.

Au sixième suppositoire le vaginisme avait disparu. C'est le troisième cas de ce genre qu'il m'a été donné de pouvoir guérir par ce moyen. (*Paris médic.*)

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE APRÈS LA MÉNOPAUSE.

J. TILT.

Quand la métrite est bornée au col et que ce dernier est le siège d'ulcération, on y fait des applications répétées de nitrate d'argent solide ; on prescrit des injections vaginales astringentes ; on maintient le canal cervical dilaté au moyen de bougies de laminaire, et on donne à l'intérieur l'extrait de noix vomique associé à l'ergotine. Si le corps de l'utérus est augmenté de volume à une époque encore rapprochée de la ménopause, et qu'il se produise de temps en temps des poussées congestives vers cet organe, on pratique une saignée du bras, de manière à tirer 8 à 10 onces de sang ; on fait faire des injections vaginales astringentes, et on conseille l'usage alternatif de la strychnine et du fer associés à l'ergotine

Dans le cas où le col utérin serait lui-même fortement hypertrophié, on pourrait y appliquer un cautère au moyen de la potasse caustique et réussir de cette manière à réduire le volume de l'organe tout entier.

(*L'Union Médicale.*)

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT.

C'est de Tokio (Japon) que nous arrive le traitement suivant contre les hémorrhagies en question. M. E. Bœlz en est l'inventeur.

On tamponne le vagin avec le poing et de l'autre main on applique exactement les grandes lèvres sur le poignet qu'elles embrassent en manchette. Pendant ce temps, un aide comprime l'utérus du haut en bas à travers la paroi abdominale ; on relie la vulve contre le poignet de l'opérateur, alors que ce dernier peut avoir une main libre pour établir la compression utérine.

Centralblatt für gynækologie cite des observations à l'appui de ce moyen simple, original et rapide.

(*Le Réveil médical.*)

DE LA GEMME SAPONINÉE DE LAGASSE, ET DE SON ACTION THÉRAPEUTIQUE DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES.

Gemme est une dénomination locale sous laquelle on désigne la térébenthine du pin maritime (pinus maritima).

Cette térébenthine se distingue de toutes les autres par sa consistance, son odeur forte et pénétrante et sa saveur âcre. En outre, elle est la seule, parmi les térébenthines, qui se solidifie par la magnésie.

Elle ne contient que douze pour cent d'huile essentielle et des résines acides solubles (acide pinique, succinique et un isomère avec l'acide sylvique, l'acide pimarique).

Les térébenthines employées, dès la plus haute antiquité, au traitement des plaies, sont la base des emplâtres digestifs du codex. Il n'est pas d'onguent merveilleux, à aucune époque, qui n'ait bien contenu une ou plusieurs de ces substances.

Aujourd'hui où les propriétés désinfectantes et antiputrides de tous les produits des conifères sont connus et acceptés à l'égal des produits de la houille, il était rationnel de tenter l'utilisation de la térébenthine du pin maritime, la plus énergique et la plus riche en résine de toutes les térébenthines, en lui donnant une forme agréable et d'un emploi facile.

M. Lagasse auquel la pharmacie est redevable d'un grand nombre de préparations nouvelles ayant toutes pour base le pin maritime, a créé une émulsion mère de gemme à laquelle il a donné le nom de *gemme saponinée.*

C'est à l'aide du quillaya saponaria qui contient en abondance de la saponine que la gemme est émulsionnée.

Appliquée sur les plaies, la gemme saponinée les déterge et comme la plupart des substances antiseptiques en diminue promptement la suppuration.

Quelques expériences, qui ne peuvent trouver place ici, m'ont démontré le pouvoir remarquablement antiseptique de la gemme saponinée; ainsi de l'urine exposée à l'air pendant dix jours mélangée à un cinquième de gemme saponinée, n'a subi aucune altération.

De la chair de bœuf s'est conservée, en plein été, quinze jours dans ce liquide émulsionné, sans s'altérer.

Ces remarquables propriétés devaient en conseiller l'usage dans les affections utérines, où il est le plus souvent nécessaire de modifier des surfaces ulcérées et d'enrayer des flux plus ou moins fétides, plus ou moins purulents.

Nous en avons fait usage avec le plus grand succès dans le traitement de la leucorrhée (flueurs blanches), avec ou sans ulcération du col ; dans le traitement des ulcères du col ou du canal de l'utérus; dans l'endométrite purulente, dans la vaginite; dans le cancer de l'utérus afin de modifier l'écoulement fétide et les hémorrhagies ; dans les accouchements, à titre de désinfectant, dans les cas de lochies fétides ou de rétention du placenta ; dans la vulvite des petites filles; enfin dans tous les cas de métrite chronique s'accompagnant de flux morbide.

C'est un modificateur remarquable des surfaces ulcérées et des muqueuses dont la sécrétion s'exagère, à ce titre il rend de grands services dans les affections utérines, car il joint à une grande énergie d'action une innocuité absolue. Il est supporté sans réaction douloureuse par les organes les plus sensibles, voire même sensibilisés par un état inflammatoire aigu ou subaigu.

Quelques tentatives toutes récentes ont démontré son action très rapide dans quelques cas de diphthérie de la vulve, ce qui permet d'en conseiller l'usage dans des cas analogues de la gorge ou du larynx.

La gemme saponinée de Lagasse a l'aspect du lait, son odeur est agréable et pénétrante. Appliquée sur les muqueuses, elle fait éprouver une sensation de fraîcheur que les malades accusent avec satisfaction.

Je suis heureux d'avoir été un des premiers à en faire usage. C'est une excellente acquisition pour les chirurgiens et les gynécologues, c'est encore un puissant adversaire de la neptiscémie.

Dr R. F.

FORMULAIRE

DE L'EMPLOI DE L'IODOFORME DANS LE TRAITEMENT DES POLYPES INTOLÉRANTS DE L'URÈTHRE, CHEZ LA FEMME. (J. CHÉRON.)

Les petites tumeurs vasculaires que l'on observe fréquemment au méat uréthral, chez la femme, deviennent, parfois, le siège d'une sensibilité si douloureuse, que le frottement, le moindre mouvement de la malade détermine une sensation des plus pénibles qui amène une contraction énergique du constricteur vulvaire et des sphincters de l'anus.

L'ablation par arrachement, écrasement ou section préconisée et mise en œuvre en pareil cas, n'est pas toujours un moyen de guérison radicale, voire même lorsque la cautérisation est employée concurremment. En effet le méat reste douloureux au moindre contact et souvent on voit, dans un temps très court, se reproduire cette pénible affection.

J'ai employé dans ces derniers temps, avec succès, l'iodoforme au traitement de ces polypes, et j'ai pu montrer, à la clinique, deux malades qui, l'une et l'autre, ont largement bénéficié de l'emploi de ce moyen.

L'iodoforme en poudre impalpable est introduit dans une petite poire à insufflations, en caoutchouc, et projection en est faite, deux fois par jour, aussi largement que possible sur ces petites tumeurs.

Il importe que l'iodoforme soit réduit en poudre aussi fine que possible et que la projection en soit faite par insufflation, car l'iodoforme cristallisé exaspère la douleur, et si on l'applique avec un pinceau ou une houppe, l'attouchement est si pénible que les malades renoncent aussitôt à ce mode de traitement.

Sous l'influence de la poudre impalpable d'iodoforme la douleur au

contact diminue dans un temps très court, la surface des polypes perd sa coloration rouge vif, leur accroissement s'arrête et bientôt survient un véritable travail de régression.

Lorsque l'iodoforme est employé après l'ablation des polypes, il prévient leur retour et fait disparaître la sensibilité qui tend à persister pendant un temps fort long, sur le point occupé par leurs pédicules.

BIBLIOGRAPHIE

COMPENDIUM DES MALADIES DES ENFANTS DU Dr JOHANN STEINER

Traduit sur la 3e édition allemande, par le Dr P. KERAVAL,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

M. le Dr Keraval vient de publier chez Alex. Coccoz la traduction de la troisième édition du *Compendium des maladies des enfants* du Dr Johann Steiner. Cette troisième édition commencée, peu de temps après la mort de Johann Steiner, par le Dr Ludwig Fleischmann auquel la mort n'a pas permis d'achever son œuvre, a été enfin terminée par le Dr Maximilien Herz.

Nous devons être très reconnaissants à M. Keraval de nous avoir fait connaître cet excellent ouvrage car, sans rien enlever au mérite du traité sur les maladies des enfants de notre éminent confrère le Dr Bouchut, nous pouvons dire que c'est un des meilleurs livres que nous possédions sur cette matière.

L'auteur, après quelques pages contenant des aperçus généraux de physiologie concernant les soins à donner à l'enfant avant sa naissance, les signes caractéristiques du nouveau-né à terme, la première respiration et ses conséquences cliniques, etc., etc., consacre un long chapitre à l'examen des malades qu'il divise en deux parties: 1° En impression d'ensemble qui comprend le développement de l'enfant, l'augmentation de son poids, ses attitudes et ses mouvements,

l'expression de son visage; 2° Examen spécial qui consiste à passer en revue les divers organes et appareils; puis il passe dans le III° chapitre à l'étude des maladies du système nerveux, cerveau, moelle et leurs enveloppes.

Le IV° chapitre est réservé aux maladies des organes de la respiration, le V° à celles des organes de la circulation et de l'appareil lymphatique.

Le IV° traite des maladies de l'appareil digestif. Notre attention a été particulièrement attirée sur ce long chapitre très-complet qui débute par un aperçu sur l'alimentation et les pesées comparatives des enfants.

Viennent ensuite les maladies des organes génito-urinaires, de l'ombilic, les dystrophies générales, les maladies infectieuses et les maladies de la peau.

Enfin pour couronner l'œuvre, l'auteur termine cet ouvrage par un formulaire magistral contenant les formules applicables aux articles qui traitent du traitement de telle ou telle maladie et par un formulaire officinal qui contient les formules des préparations pharmaceutiques qui entrent dans la composition des médicaments usités. Ce livre, parfaitement au courant de l'état actuel de la science, sera bientôt entre les mains de tous les étudiants et du plus grand nombre des médecins. Le plan en est excellent, les diverses maladies y sont traitées de la façon la plus complète et la plus sérieuse, aussi ne saurions-nous trop le recommander à nos lecteurs.

Dr R. F.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

1721. — ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. GUSTAVE RETAUX.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

AFFECTIONS UTÉRINES

COURS FAIT A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le docteur JULES CHÉRON.

TREIZIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA CONGESTION UTÉRINE. — RÉVULSION OU SÉDATION PRODUITES SUR LA RÉGION LOMBAIRE, DANS LE BUT DE MODIFIER L'ÉTAT DES CENTRES D'INNERVATION VASO-MOTRICE. — APPLICATION DE LA MÉTHODE DE CHAPMAN.

Il est quelquefois utile de produire une révulsion périphérique, dans le but de rendre aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité perdue, mais plus souvent il est nécessaire de calmer l'irritation périphérique qui se traduit par la présence de la névralgie lombaire, qui résulte elle-même, directement, de la souffrance médullaire en relation avec l'affection utérine.

Agents de révulsion. — Vésication avec l'ammoniaque, le chloroforme, la teinture d'iode hypériodée. — Liniments stimulants. — Pointes de feu.

Agents de sédation — Papiers adhésifs, baudruche et taffetas gommés,

sparadraps, emplâtre de poix de Bourgogne, applications de teinture d'iode. — Liniments narcotiques.

Action du froid et de la chaleur sur les centres d'innervation vaso-motrice du système nerveux lombaire (méthode de Chapman).

MESSIEURS,

En commençant cette leçon relative au rôle des agents thérapeutiques qui s'adressent directement au système nerveux de la région lombaire, dans le but de modifier la circulation de l'appareil utéro-ovarien, je vous rappellerai, en quelques mots, le mécanisme physiologique de la congestion.

Nous avons admis, en nous appuyant sur l'autorité de physiologistes éminents et sur de nombreuses expériences et observations personnelles,que le système vasculaire de l'utérus, comme d'ailleurs celui de tous les organes reçoit le mouvement, de groupes de cellules nerveuses, dits centres d'innervation vaso-motrice, résidant dans les ganglions du sympathique et dans la moelle épinière, et que ces centres jouissent d'une activité tonique qui maintient les parois des vaisseaux dans un état incessant de réaction.

Ces centres appartiennent au système ganglionnaire et par conséquent, au lieu de réagir comme ceux de la vie de relation par la douleur ou le mouvement, ils sont frappés d'atonie paralytique lorsqu'une excitation vive partie de la périphérie, et surtout d'une région riche en filets du sympathique, vient les atteindre. — C'est ainsi qu'un refroidissement frappant la surface cutanée produit une congestion de l'appareil utéro-ovarien, aussi bien qu'une émotion violente, aussi bien qu'une excitation portant sur l'une quelconque des parties extérieures ou profondes de l'appareil génital.

Si la congestion utérine résulte de la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice, de l'abolition de leur activité tonique, nous avons à rechercher quels sont les moyens thérapeutiques qui, dans cette circonstance, nous peuvent le mieux venir en aide.

La tâche serait relativement simple, si la névralgie lombo-abdomi-

nale, dont nous avons étudié ensemble le rôle prépondérant, ne venait compliquer la question.

Je considère, et l'observation d'un nombre imposant de faits m'y autorise, que le phénomène initial de toute affection utérine est un état de congestion produit par une excitation périphérique qui paralyse les centres d'innervation vaso-motrice de la région. — A peine cette abolition est-elle produite, que la moelle traduit sa souffrance par une névralgie atteignant de préférence le plexus lombaire, et les branches postérieures des nerfs lombaires qui ont la même origine.

Une fois établie cette névralgie enserre la congestion utérine dans un cercle dont elle ne sortira que par un traitement atteignant, à la fois, l'excitation périphérique qui a été son point de départ, la névralgie lombo-abdominale, la paralysie vaso-motrice.

Nous avons analysé, déjà, nombre de moyens, agents de déplétion, de révulsion générale, voire même de stimulation vaso-motrice. Abordons, maintenant, l'étude des moyens de révulsion, de sédation, mais surtout celle des modificateurs de la circulation de la moelle et des ganglions du sympathique. Nous terminerons, enfin, par un coup d'œil rapide jeté sur quelques médicaments dont l'action, sur les centres qui nous occupent, ne saurait faire aucun doute.

Il faut bien le dire, le but thérapeutique que l'on poursuit dans le traitement de la congestion utérine, alors qu'on s'adresse directement aux centres d'innervation vaso-motrice, ne saurait être atteint, si d'autres moyens de traitement n'étaient mis, antérieurement ou concurremment, en œuvre pour éteindre les excitations périphériques de divers ordres, qui, après avoir produit l'état congestif, tendent à le maintenir à l'état permanent.

Je ne reviendrai pas sur la déplétion de l'appareil vasculaire et de l'appareil lymphatique par la saignée du col et les pansements osmotiques. Je vous rappellerai la nécessité de laisser l'appareil génital dans un calme absolu et l'utilité du repos au moment des règles.

Il nous restera donc, Messieurs, en supposant que tous les soins sont pris du côté de l'utérus, à réagir directement sur les centres

d'innervation vaso-motrice pour leur restituer leur tonicité, il nous restera encore à éteindre la névralgie lombo-abdominale qui, quoique éveillée consécutivement, n'en représente pas moins une cause d'irritation périphérique réagissant, sans cesse, sur les centres vaso-moteurs.

R vulsion. — Vous me voyez employer, tous les jours, à la clinique, des agents de révulsion sur la région lombaire, et souvent en alterner l'usage avec des moyens de sédation. Lorsque nous étudierons dans quelques instants la méthode de Chapman, vous en comprendrez la raison.

La révulsion en congestionnant la peau de la région agit à la manière de la douche froide.Localisée, sous la forme de vésicatoires appliqués sur les points névralgiques de la région lombaire, elle diminue cette névralgie, et par contre, l'irritation permanente qui maintient l'abolition du tonus des centres d'innervation vaso-motrice.

Le vésicatoire à la cantharide peut être employé sans inconvénients sur la région lombaire, si en l'utilisant dans le seul but d'éteindre la sensibilité des points névralgiques, on lui donne de très petites dimensions. La vésication, sur ces mêmes points, avec le verre de montre et l'ammoniaque, la rondelle de flanelle et le chloroforme, l'application de la teinture d'iode hypériodée est d'un emploi plus facile, et d'ailleurs mieux acceptée par les malades.

La révulsion, n'allant pas jusqu'à la vésication, se pratique aussi avec des liniments irritants tels que le liniment de Rosen, le liniment ammoniacal de Hawkins, les liniments au chloroforme, à la térébenthine, etc.

A côté de ces moyens d'une utilité incontestable, se place le moyen révulsif le plus énergique, le plus facile à employer, à répéter à de courts intervalles. Je veux parler des pointes de feu.

A l'aide du thermo-cautère qui permet d'employer une pointe très fine, on peut éteindre la douleur des points névralgiques en faisant une révulsion qui ne dépasse jamais la pointe des papilles du derme, révulsion qu'on peut aussi distribuer, de la façon la plus régulière, sur le trajet des cordons nerveux.

Nous reviendrons sur ce remarquable agent de révulsion lorsque

nous consacrerons une leçon tout entière à l'étude de la névralgie lombo-abdominale et à son traitement.

Sédation. — Pour arriver à la sédation, à calmer la névralgie lombo-abdominale sans passer par la révulsion, j'ai l'habitude d'employer une série de moyens que nous pouvons grouper en deux ordres: 1° les moyens qui diminuent, qui abolissent même,sur un point déterminé, les fonctions de la peau ; 2° les moyens qui agissent directement sur les nerfs sensitifs de la surface cutanée par l'intermédiaire de substances narcotiques.

Aux premiers se rattachent les papiers adhésifs, les sparadraps, les baudruches et taffetas gommés, l'emplâtre de poix de Bourgogne, les applications de teinture d'iode, le collodion élastique.

Aux seconds correspondent les liniments narcotiques, contenant de la belladone, de la jusquiame, de l'opium, de la ciguë, etc.

Nous donnons la préférence aux substances adhésives, lorsque la douleur, ou mieux la sensation pénible éprouvée dans la région lombaire, ne subit aucune exacerbation et reste à l'état permanent.

Nous employons, au contraire, les liniments narcotiques lorsque la névralgie lombaire s'exaspère par moments, passant à une sorte d'état subaigu qui contre-indique momentanément l'emploi des révulsifs.

Après ce rapide aperçu sur l'emploi des moyens révulsifs ou sédatifs employés sur la région lombaire, dans le but, d'une part, de modérer l'excitation périphérique représentée par la névralgie lombo-abdominale et, d'autre part, de réagir sur les centres d'innervation vaso-motrice de la région, arrivons à l'application de la chaleur ou du froid sur la région lombaire, dont le Dr Chapman a fait sous le nom de *principes généraux de médecine névro-dynamique*, une méthode thérapeutique qu'il a appliquée à un grand nombre de maladies.

A mon avis, Messieurs, la méthode névro-dynamique de M. Chapman trouve surtout une application, heureuse et justifiée, dans le traitement des affections utérines. — En effet, les modifications que par cette méthode on peut imprimer aux fonctions de la plupart des organes

splanchniques, ne peuvent être jugées que par des atténuations ou des disparitions de symptômes, de sensations, de crises. Que la disparition des phénomènes morbides ne soit pas complète et durable, le doute se fait dans l'esprit du malade et dans l'esprit du médecin ; la question reste indécise.

Dans l'application de cette méthode au traitement de la congestion utérine, rien de semblable ne peut avoir lieu, les modifications que subit la congestion utérine sous l'influence des applications de glace ou d'eau chaude sur la région lombaire pouvant être jugées de la façon la plus rigoureuse, *de visu* d'abord, et par la thermométrie utérine ensuite.

En quoi consiste cette méthode névro-dynamique ? M. Chapman raconte que c'est à Londres, en 1862, que lui vint l'idée de la méthode nouvelle, alors qu'il était témoin, chaque jour, du petit nombre de guérisons obtenues par les moyens classiques dans l'hôpital spécial consacré aux maladies du système nerveux.

Le problème se présenta à son esprit, de la manière suivante :

« Comment arriver à augmenter ou à diminuer la quantité du sang qui circule dans la moelle épinière, y compris la moelle allongée, et dans les ganglions du système nerveux sympathique ? »

Après s'être arrêté, comme moyen, à l'application de la chaleur ou du froid, immédiatement au-dessus et de chaque côté de la colonne vertébrale, le Dr Chapman publia quelques années plus tard, l'exposé de sa méthode dont l'esprit se trouve condensé dans les principes que je place sous vos yeux :

« La tension des muscles involontaires, en général, et spécialement la tension de la couche musculaire des artères peut être atténuée, ou en d'autres termes, la circulation périphérique dans toutes les parties du corps peut être augmentée par l'application de glace le long de la colonne vertébrale.

« La tension des muscles volontaires peut être atténuée par l'application de glace le long de l'épine.

« La sensibilité peut être atténuée par l'application de la glace sur le trajet de la colonne vertébrale.

« Les sécrétions peuvent être diminuées par l'application du froid le long de l'épine.

« La nutrition des tissus peut être diminuée, j'ai de bonnes raisons de le croire, par l'application du froid sur le trajet de l'épine.

« La tension des muscles involontaires peut s'accroître sous l'action de la chaleur appliquée sur l'épine.

« La tension des muscles volontaires peut être augmentée par la chaleur appliquée sur la colonne vertébrale.

« La sensibilité peut être augmentée par l'application de la chaleur le long de l'épine.

« La sécrétion peut être augmentée par l'application de la chaleur le long de l'épine. »

Nous voyons d'après ce tableau que la circulation périphérique est diminuée par la chaleur appliquée sur la région spinale et que l'application de la glace produit l'effet contraire.

Au point de vue de la question qui nous occupe, au point de vue de l'action de la méthode de Chapman sur la congestion utérine, nous n'avons à retenir et à appliquer que ces deux principes, sans négliger, cependant, la connaissance des autres, relatifs aux sécrétions et aux modifications de la sensibilité. Dans quelques cas peu étudiés, en effet, l'application de la chaleur, par exemple, employée dans le but de diminuer l'état congestif de l'utérus, ne tenant aucun compte de l'existence d'une névralgie utérine, momentanément calmée, rappellerait celle-ci avec une violence extraordinaire.

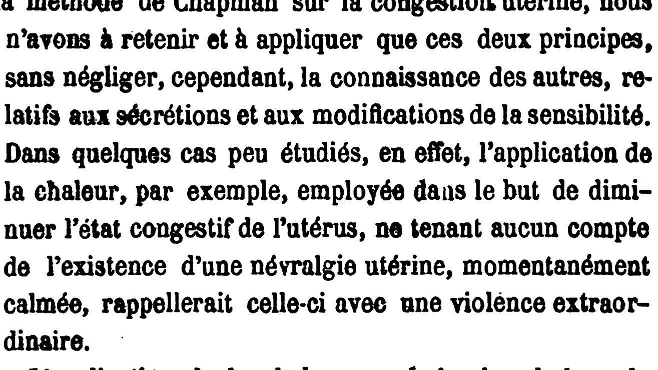




Fig. 1.

L'application de la chaleur ou de la glace le long de l'épine, à la région lombaire, constituera donc un véritable problème dans chaque cas, et souvent il sera nécessaire d'alterner l'usage de ces deux moyens, comme vous me le voyez faire à la clinique avec les applications sédatives ou révulsives.

Le matériel opératoire de M. Chapman est des plus simples. Le premier de ses appareils auquel il donne le nom de *Spinal-bag*, est

une simple bouteille en caoutchouc vulcanisé (fig. 1), ouverte longitudinalement dans une étendue d'environ 20 centimètres.

Un bouchon métallique à vis est adapté au fond de l'entonnoir servant à l'introduction du liquide.

Des passants PP, fixés sur l'une des faces, reçoivent les liens servant à assujettir l'appareil.

C'est le sac à eau chaude que l'on peut placer en un point quelconque de l'axe spinal suivant les indications.

Le sac à glace, *Humbar-icebay*, est en caoutchouc vulcanisé, de forme rectangulaire, à l'intérieur duquel sont soudées deux cloisons, for-

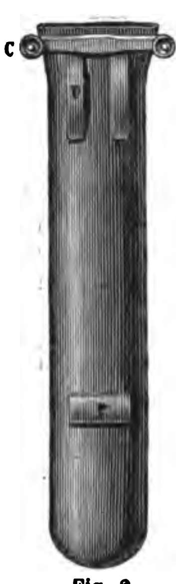


Fig. 2.



Fig. 3.

mant trois cavités indépendantes C_1 C_2 C_3 (fig. 2 et 3). Cette disposition assure une répartition assez exacte du liquide qui, sans ces compartiments, tendrait à occuper la partie inférieure du sac.

Chacune des trois cavités vient s'ouvrir à la partie supérieure, ou un clamp à vis C assure la fermeture étanche de l'appareil.

Pour appliquer ce dernier modèle, on introduit des morceaux de glace, gros comme une noisette, dans le premier sac, qu'on remplit

jusqu'à ce qu'on atteigne le fond du second ; on remplit ensuite celui du milieu jusqu'à ce qu'on atteigne le fond du troisième ; on remplit enfin ce troisième jusqu'à l'ouverture supérieure.

Après avoir chassé l'air et l'eau contenus dans le sac, on le ferme à l'aide du clamp C. Ainsi préparé il est placé sur la colonne vertébrale.

Des passants sont disposés sur l'une des faces du sac, comme dans le modèle précédent.

La température de l'eau chaude, d'après l'auteur de la méthode, ne doit pas dépasser 48 degrés.

Or, l'inconvénient d'une semblable manière de procéder est le suivant : l'eau se refroidit assez vite, et, si l'application doit durer pendant quelques heures, comme c'est l'usage, l'action cesse de s'en faire sentir au bout de la première heure.

J'emploie toujours de l'eau à 60 degrés au minimum, et je prends la précaution d'entourer la bouteille de caoutchouc, d'un sac en flanelle.

Quelle durée doit-on donner à l'application du sac d'eau chaude ou à l'application du sac de glace ?

A quels intervalles doit-on répéter cette application ?

Je ne crois pas qu'il soit utile de laisser en place le sac d'eau chaude pendant plus de deux heures. Au bout de ce temps-là, la température s'est abaissée au point de rendre l'application inutile.

Quant au sac de glace, il faut en limiter fort souvent le temps de l'application à une heure, car, pour quelques-uns, la sensation de cuisson ou de resserrement à la peau ne permet pas de supporter plus longtemps l'emploi de ce moyen.

Chez la plupart, au contraire, une application de deux heures, surtout à la région lombaire, est parfaitement supportée, sans donner lieu à aucun malaise.

Le plus grand nombre d'applications d'eau chaude ou de glace à faire, chaque jour, sur la région vertébrale ne doit pas dépasser trois, et se réduit habituellement à deux.

Ces applications doivent être faites à six heures de distance au

moins, et, autant que possible, trois heures après les repas que l'emploi de ces moyens pourrait troubler.

Maintenant, Messieurs, permettez-moi d'établir des rapprochements entre l'emploi des moyens de révulsion et de sédation dont je préconise l'usage dans le traitement de la congestion utérine, et les applications du froid et de la chaleur proposées par le Dr Chapman.

D'après l'auteur de la méthode névro-dynamique, l'application d'eau chaude sur la région spinale diminue la circulation périphérique, en un mot rend aux centres d'innervation vaso-motrice une tonicité abolie ou diminuée. Les applications sédatives sur la région lombaire en diminuant l'excitation périphérique agissent dans le même sens.

Quant aux révulsifs, localisés ils éteignent les points douloureux et, dans tous les cas, ils réagissent sur les centres d'innervation vaso-motrice dont ils diminuent la tonicité. — Ils agissent au premier abord comme la glace, ils augmentent la circulation périphérique, l'état congestif. —Mais, une fois calmée, l'irritation périphérique inhérente à leur action topique, les points névralgiques disparus, les applications sédatives complètent le traitement, c'est-à-dire que les centres d'innervation vaso-motrice ne recevant plus d'excitations périphériques morbides sont en état de reprendre leur activité tonique.

Vous voyez, Messieurs, d'après cela, que, comme avec la glace et l'eau chaude, il faut savoir tenir compte d'un certain nombre de conditions et alterner l'usage des sédatifs et des révulsifs, de la glace et de la chaleur, suivant les indications qui se présentent.

Comme avec la méthode du Dr Chapman, nous arrivons au même résultat, en comparant l'action des sédatifs à celle de l'eau chaude et l'action des révulsifs à celle de la glace.

En terminant cette leçon, je tiens à insister sur les principes de la doctrine qui nous a servi de guide depuis le commencement.

Je tiens à vous rappeler, Messieurs, que vous avez bien voulu admettre avec moi, que les troubles ou les affections de l'appareil utéro-

ovarien sont la conséquence et les manifestations symptômatiques de l'existence de désordres fonctionnels ou matériels de l'appareil nerveux-central considéré surtout dans sa partie lombaire où les organes génitaux puisent leur innervation.

Conséquemment, je vous ferai remarquer que toute méthode thérapeutique s'appliquant au traitement des affections utérines devra comporter l'emploi de moyens visant l'état médullaire dont il est indispensable de modifier le fonctionnement et la vitalité pour arriver à une guérison sérieuse et durable.

Dans la prochaine leçon nous étudierons les substances médicamenteuses susceptibles d'agir sur l'innervation médullaire.

MÉMOIRE

GROSSESSE DE TROIS MOIS. — AVORTEMENT. — LE TAMPON CLASSIQUE ET LE BALLON HYDROSTATIQUE. — AVANTAGES DE CET AGENT D'HÉMOSTASE ET D'INCITATION CERVICALE.

Madame X..., âgée de quarante-deux ans, a eu son second enfant il y a un an. Depuis cette couche, elle a été réglée régulièrement. Ses dernières règles datent du 10 mai dernier. Elle était donc enceinte de trois mois quand, le 10 août, j'ai été appelé à lui donner des soins dans les circonstances suivantes.

Depuis huit jours elle perdait incessamment du sang en proportion très minimes. Le 10 août, à six heures du matin, la perte devint soudain inquiétante. M. X... vint en toute hâte requérir mon assistance. La malade baignait dans son sang. L'écoulement avait été à la fois si subit et si abondant, que le visage présentait déjà un aspect cadavérique.

Après avoir désobstrué le vagin des nombreux caillots qui y

séjournaient, je pratiquai le toucher. Le col, dur et très épais, ne présentait aucune dilatation. Absence de toute douleur prodromique d'un prochain travail.

Eu égard à l'abondance de l'hémorrhagie, il n'y avait pas à espérer que la grossesse continuat son cours. L'indication était donc très nette. Il fallait poser une barrière à l'écoulement sanguin et obtenir au plus tôt l'évacuation de l'utérus. Deux moyens étaient surtout aptes à remplir un tel objet : Je pouvais opérer l'occlusion, puis la dilatation de l'orifice cervical, au moyen d'un cône d'éponge préparée. Un autre mode, plus classique, consistait dans l'application du tampon.

Je ne songeai pas un instant à recourir au premier agent, qui ne me sembla pas suffisamment répondre au besoin du moment. Quant au second, tel qu'on est dans l'habitude de l'appliquer, je le trouve passible de divers reproches en raison desquels depuis longtemps, j'ai cru devoir renoncer à son emploi. Je lui ai substitué un autre modequi, en de tels cas, m'a rendu de nombreux services. Ce procédé consiste dans l'application pure et simple de mon *ballon hydrostatique.*

Quelques mots sont ici nécessaires pour faire ressortir les différences résultant des deux modes de procédér.

Dans les conditions dont il s'agit, que nous conseille l'école? De bourrer le vagin de charpie, de manière à opposer une digue à l'écoulement du sang. Pajot conseille d'employer, à cet effet, une livre de charpie et autant de cérat (plein un chapeau, dit, dans son langage imagé, l'éminent professeur de Paris).

Le tamponnement, pratiqué selon un tel mode, exige un long laps de temps, nécessaire pour préparer une centaine de bourdonnets pourvus d'autant de fils ; cette application nécessite l'emploi d'un spéculum. Si c'était tout encore ! Ce premier temps de l'opération est fort long, mais il n'occasionne aucune douleur à la patiente. On ne saurait en dire autant du second temps. Le retrait du tampon n'est pas sans exposer la malade à quelques souffrances et sans exiger de grandes précautions de la part de l'accoucheur.

Mais des inconvénients autrement sérieux résultent de ce mode de tamponnement utéro-vaginal.

Lorsque le tampon est appliqué *secundum artem*, il doit être assez serré pour exercer une sûre action compressive. Remplissant tout le petit bassin, il comprime le rectum et la vessie. Une compression exagérée peut entraîner pour conséquences l'arrêt des gaz intestinaux et la rétention mécanique de l'urine.

Est-il nécessaire de signaler les inconvénients qui résultent du séjour, en outre, dans l'ampoule vaginale, d'un corps étranger volumineux, imbibé de sang, vite putréfié à la température élevée du corps ?

On conseille de laisser le tampon à demeure durant douze, vingt-quatre heures et plus, en un mot, jusqu'au moment de l'expulsion du produit. Si l'on vient à l'enlever prématurément, pour remplir les mêmes indications, il devient nécessaire de procéder à l'application d'un nouveau tampon.

On le comprend de reste, d'après tout ceci : avec les procédés classiques, c'est une grosse affaire pour la malade et pour l'accoucheur, qu'une avant-couche se présentant dans les conditions où se trouvait la malade qui fait l'objet de cette note.

Heureusement, tant pour la patiente que pour l'accoucheur, il y a mieux à faire que de suivre la routine consacrée par les âges. Le ballon hydrostatique, dans l'espèce, remplit, avec le plus grand bonheur, toutes les indications, tout en restant indemne des reproches que l'on est en droit d'imputer au tampon classique.

Est-il nécessaire de décrire, pour la centième fois, un des agents qui rendent le plus de services dans la pratique obstétricale ? En deux mots : le ballon hydrostatique se compose d'une simple ampoule de caoutchouc, dont le col s'adapte, par le bénéfice d'un petit cylindre de fer, de verre, de plomb, pour lui assurer une consistance sans laquelle le canal se trouverait oblitéré, dont le col, dis-je, s'adapte à un tube de caoutchouc de l'épaisseur d'un crayon et d'une longueur de $0^{m},20$ environ.

L'ampoule une fois introduite dans la cavité vaginale, on l'injecte au moyen de la première seringue, jusqu'à ce que la malade accuse un sentiment pénible de plénitude. Pour maintenir le liquide, on peut replier la portion libre du tube et amener l'occlusion avec

quelques tours de fil ou de cordonnet. Si on le préfère, on peut oblitérer la lumière du tube avec un fausset en bois. Dans les modèles perfectionnés, le tube, vers sa partie moyenne, est pourvu d'un robinet. Les proportions d'eau injectée dans l'ampoule varient de un à deux verres. Lorsque la tête n'a pas franchi le détroit supérieur, l'injection devient beaucoup plus abondante. C'est ainsi que, dans un fait relaté dans le numéro du 1er décembre 1876 de la *Revue de thérap. méd. chir.*, il n'a pas pénétré moins d'un litre de liquide dans l'ampoule de caoutchouc.

Le plus grand mérite de ce petit appareil, c'est son extrême simplicité. Chacun de nous peut l'établir de ses propres mains. Son prix ne s'élève pas au delà de quelques centimes.

Après cette digression qui m'a paru nécessaire, je reviens à ma malade.

— Le 10 août, à sept heures du matin, je posai, dans la cavité vaginale, mon ballon hydrostatique que je gonflai avec un verre d'eau froide.

A dater de ce moment, l'hémorrhagie fut presque suspendue.

Dans le courant de la journée, j'évacuai à plusieurs reprises le liquide contenu dans l'ampoule de caoutchouc, que j'enlevai autant de fois, pour me rendre compte de l'état des choses. Cette opération, n'occasionnant aucune douleur, peut être répétée aussi fréquemment qu'on le juge nécessaire. Il est bon de l'effectuer toutes les deux ou trois heures, tant que dure l'écoulement sanguin, afin d'enlever du vagin des caillots qui ne manqueraient pas de se vite putréfier. Cette précaution a donc pour double avantage d'enlever un élément de putridité, et de permettre à l'accoucheur de se rendre compte de la marche du travail. A ce double titre, sans parler des autres avantages qu'on ne saurait lui méconnaître, le tampon classique ne saurait subir, avec le ballon hydrostatique, aucune comparaison.

Le plus ordinairement, à cette époque si peu avancée de la grossesse, les agents d'incitation, quels qu'ils soient, ont fort peu d'action sur l'organe gestateur. Au moment de l'établissement d'un travail régulier, l'application du dilatateur hydrostatique est presque aussitôt suivie

de l'incitation des douleurs. Dans les cas dont il s'agit, les contractions sont généralement lentes à s'établir. Fort heureusement, comme le premier effet de l'ampoule est de mettre un frein à l'hémorrhagie, on a le temps d'attendre l'assistance salutaire de la nature.

Il en a été ainsi chez ma malade.

Les premières douleurs ne se sont établies qu'à deux heures et demie de relevée.

A six heures du soir, il y avait encore quelques caillots sanguins en arrière du ballon. Au travers du col s'engageait le placenta, dont le volume égalait la moitié d'un œuf de poule.

Je me gardai bien d'effectuer sur le délivre la moindre traction, et me contentai de remettre en place l'ampoule de caoutchouc.

A dix heures du soir, nouvel examen. Il n'y avait plus aucun caillot dans le vagin. J'effectuai quelques douces tractions sur le délivre. N'ayant pu réussir à l'entraîner sans peine, je pris le parti de m'en remettre au temps, de crainte de ne pas en obtenir artificiellement l'extraction intégrale. Je posai donc de nouveau le ballon, que je gonflai comme ci-devant, avec un grand verre d'eau froide, et je me retirai, annonçant que, le lendemain matin, le retrait du ballon serait suivi de celui du délivre.

Les douleurs continuèrent jusqu'à minuit. Puis la nuit se passa paisiblement.

Le lendemain matin, 11 août, j'enlevai le ballon, et trouvai derrière lui le placenta, ainsi que je l'avais annoncé la veille.

Le délivre affectait le volume d'un œuf de poule. L'ayant ouvert, il s'écoula de sa cavité centrale un peu de liquide. Il n'y avait nulle trace d'embryon.

Il s'agissait donc d'une fausse grossesse, considération bien propre à atténuer les regrets en rapport avec un tel accident.

Le rétablissement de madame X... s'est fait sans le moindre encombre.

Dr L. HAMON (*de Fresnay*).

SUPPLÉMENT AU MÉMOIRE

SUR LE MOMENT DE LA FÉCONDATION ET LA DURÉE DE LA GESTATION

Du Dr Geo.-J. ENGELMANN.

Traduit de l'anglais par le docteur Raoul FAUQUEZ.

Médecin adjoint de Saint-Lazare.

Nous avons reçu de notre éminent confrère le Dr Geo.-J. Engelmann, de Saint-Louis, cet article additionnel comme supplément au mémoire dont nous avons donné la traduction dans le numéro précédent.

Comme il contient trois observations nouvelles qui viennent corroborer les recherches si intéressantes du Dr Engelmann et qu'il se termine par l'exposé des différentes manières de voir émises pendant ces dernières années par de savants physiologistes sur les causes qui peuvent déterminer le sexe de l'enfant, il nous a semblé utile d'offrir à nos lecteurs la traduction de ce nouveau travail supplémentaire du premier.

Ils trouveront peut-être qu'il contient au début quelques redites, mais le Dr Engelmann, avec juste raison, les a jugées nécessaires et notre rôle de traducteur nous impose le devoir de reproduire scrupuleusement le texte de l'auteur.

Dr R. F.

Depuis la publication dans le Courrier de mai 1880 de mon petit mémoire sur le moment de la conception et la durée de la gestation, trois cas nouveaux m'ont été communiqués par un homme bien connu dans le monde médical. Ces cas sont très authentiques et mis hors de doute par le caractère des malades et le soin qu'a apporté dans ses questions l'observateur judicieux. A cause de l'extrême ra-

reté de cette sorte de cas, dans lesquels nous pouvons sûrement faire remonter la conception à un premier et unique rapprochement et afin de compléter le tableau, je veux rapporter ces cas nouveaux comme un supplément au mémoire publié précédemment.

Je rappellerai brièvement les cas déjà publiés que j'ai observés dans ma propre pratique, et, pour faciliter la comparaison, je les numéroterai comme dans le précédent article.

Cas I. — La patiente est une jeune fille bien élevée, de vingt-deux ans, physiquement bien développée, mais nerveuse et troublée par des irrégularités de la menstruation ; la période intermenstruelle variant de quatre à six semaines.

Les dernières règles étaient apparues le 28 avril, lorsque pendant une visite, cinq semaines plus tard, le 4 juin, comme elle attendait ses prochaines règles, elle céda à son séducteur avec lequel elle n'eut qu'un seul rapport, puis retourna chez elle peu de temps après. Les règles attendues ne vinrent pas; une grossesse normale commença son cours. Le 2 mars, deux cent soixante-douze jours après la conception, l'accouchement commença et le 3 au matin elle mit au monde deux filles jumelles, petites, mais bien constituées.

Cas II. — Une jeune fille de vingt-deux ans, bien développée et d'une santé rare, s'abandonna pour la première fois le 4 juillet ; comme elle n'avait jamais été bien réglée, elle ne put malheureusement pas se souvenir de la date de la dernière époque qui précéda ce premier coït ; cependant, quoi qu'il en soit, elle n'a jamais été menstruée depuis ; et elle n'eut ensuite de rapports qu'une fois vers la fin de juillet, au moins trois semaines après le premier.

Cette jeune fille accoucha, elle aussi, le 2 mars, deux cent quarante-deux jours après le premier rapprochement, d'un bel enfant qui, sauf quelques légères différences, avait tous les apparences d'un enfant à terme.

Cas III. — Le 3 mars, je fus consulté par une fille de vingt-quatre ans, fille d'un fermier, qui, selon toutes les apparences, semblait être au huitième mois de la grossesse; le fond de l'utérus, à quatre doigts au-dessus de l'ombilic, l'ombilic saillant, le ballottement distinct.

Cette fille avait eu ses règles pour la dernière fois vers le milieu

de juillet et avait subi le premier rapprochement pendant les derniers jours de la période, avant l'arrêt complet des règles. Elle n'avait eu qu'un seul rapport à cette époque, et quoiqu'elle se fût livrée très-fréquemment depuis, l'occasion ne s'en offrit pas pendant un mois, temps qui aurait suffi au retour des règles si la conception n'avait pas eu lieu, et, à en juger par le développement de la matrice et la position de la tête du fœtus dans le petit bassin, la grossesse devait durer depuis plus de sept mois et la conception devait avoir eu lieu pendant les derniers jours de l'écoulement menstruel.

Cas IV.—La jeune femme,dont le docteur W. Sinkler, de Philadel phie, rapporte l'observation, était bien portante, bien développée, âgée de vingt ans, toujours régulièrement réglée. Elle était fiancée et à la fin de la période menstruelle, le 9 août, elle céda à la folle passion de son fiancé. La honte qu'elle éprouva de cette action fut cause d'une séparation momentanée, et, lorsqu'un mois plus tard, l'absence de l'apparition du flux menstruel vint démontrer que cette imprudence d'un seul jour avait pour résultat une grossesse, le mariage suivit son cours et le 15 mai, deux cent quatre-vingts jours après, cette jeune femme accoucha d'un enfant du sexe féminin bien conformé.

Le travail avait peut-être été hâté par un accident qui arriva le 11 mai et qui provoqua la perte des eaux.

Cas V. — Ce cas s'est présenté dans la clientèle du docteur T.-L. Papin, de Saint-Louis. Le sujet de cette observation était une mince et délicate personne de dix-neuf ans, qu'on pourrait presque qualifier de malade, car elle n'avait jamais été forte et était convalescente d'une pneumonie lorsqu'elle se maria. Depuis dix-huit mois, elle avait une absence de règles, mais, comme elle se trouvait mieux portante et que sa santé semblait grandement améliorée, on s'attendait à un retour des règles.

Elle se maria le 22 janvier; mais, le premier rapport lui ayant causé une grande souffrance, son mari attentionné s'abstint de nouveaux rapprochements par égard pour la santé délicate de sa jeune femme. Le flux menstruel ne reparut pas et, le 15 octobre, elle accoucha d'une fille parfaitement développée.

Cas VI. — Ce cas s'est encore présenté dans la clientèle du doc-

teur Papin. C'était une jeune femme mariée, de vingt et un ans, d'une constitution délicate bien qu'elle fût en bonne santé et exempte de troubles utérins. Elle conçut aussitôt après son mariage et fit une fausse couche de trois mois ; c'était en avril, et le 22 du mois d'août suivant une seconde conception eut lieu après un seul et unique rapport, le premier après la cessation du flux menstruel ; le jour suivant le mari quitta sa femme et, à son retour, après deux semaines d'absence, il la trouva souffrant de nausées et se plaignant de maux d'estomac. Les règles ne reparurent pas et le 12 mai elle mit au monde un superbe garçon, deux cent soixante-trois jours après la conception.

Les cas IV et V, comme les cas relatés dans mon mémoire, sont des exemples de fécondation après un premier rapprochement.

Dans le *cas IV* la conception eut lieu pendant les derniers jours de la période menstruelle, et dans les *cas III* et *VI* immédiatement après sa terminaison.

Ces jeunes femmes étaient toutes des primipares et dans un seul des six cas (cas IV), le produit de la conception fut porté jusqu'au terme complet de deux cent quatre-vingts jours, ce qui semble être d'accord avec la croyance ordinairement acceptée que pour le premier enfant la durée habituelle de la gestation n'est jamais complète. — C'est une très-sage précaution à l'égard de la jeune mère.

Dans ces cas, la durée de la gestation a varié entre deux cent quarante-deux et deux cent quatre-vingts jours et a été en moyenne de deux cent quarante-six jours 6/12me. Dans tous, la conception est résultée d'un seul rapport sexuel de date connue, et, sauf dans le sixième, elle a été due à un premier coït.

Il semble qu'on puisse faire cette remarque, mais comme simple coïncidence, que, lorsque la conception a lieu immédiatement avant l'apparition des règles, il y a des probabilités pour que l'enfant soit du sexe féminin, tandis que, au contraire, lorsqu'elle résulte d'un rapport arrivé directement après la fin des règles, il y a probabilité pour que l'enfant soit du sexe masculin (cas VI).

Le cas IV, malheureusement, n'est pas d'accord avec cette théorie.

On a beaucoup écrit dans ces derniers temps sur les causes qui

peuvent déterminer le sexe de l'enfant. Les uns le font dépendre du rapport qui existe entre le moment de la conception et le flux menstruel; d'autres, de l'âge de la mère, tandis que d'autres encore affirment qu'elles sont sous la dépendance de l'âge relatif et de la vigueur des parents.

J.-B. Swift (*Boston medical and surgical journal*, septembre 26, 1878) déclare que c'est le nombre des spermatozoïdes qui pénètrent dans l'ovule qui détermine le sexe de l'enfant ; s'ils sont en petite quantité, comme, lorsque le rapprochement a lieu juste avant la période menstruelle, ils doivent voyager à travers les conduits des organes femelles, l'élément féminin prédomine et marque de son sceau le sexe de l'enfant. Après la terminaison du flux menstruel, lorsque l'ovule est sorti des trompes, il est exposé à être fécondé par un plus grand nombre de spermatozoïdes et il en résulte un enfant mâle.

Les éleveurs ont profité eux-mêmes avec succès de cette théorie et Swift l'a vérifiée dans vingt cas qu'il rapporte ; dans onze de ces cas la fécondation eut lieu dans les huit jours qui suivirent la fin des règles et il en résulta dans chaque cas un enfant mâle. Dans les neuf qui restent, dans lesquels la conception eut lieu peu avant l'apparition du flux menstruel, c'est le sexe féminin qui prévalut.

Nestel (*Medical record*, nov. 9, 1878) dément cette théorie en se basant sur ce que un seul spermatozoïde peut féconder l'ovule et qu'il suffit qu'un puisse pénétrer, quoique la physiologie et l'anatomie comparée enseignent que chez les animaux inférieurs plusieurs spermatozoïdes sont nécessaires à la fécondation.

Le Dr Joseph A. Mudd (*Medical record*, novembre 23, 1878), sans établir de théorie, proclame comme un fait prouvé par ses cent dix cas, tout l'opposé de la loi si soigneusement élaborée par Swift. D'accord avec les faits prouvés expérimentalement par Thury de Genève sur les animaux, le Dr Mudd déclare qu'un enfant du sexe féminin naîtra d'une conception qui aura lieu aussitôt après la menstruation et que ce sera un enfant du sexe masculin lorsque le coït fécondant se sera produit aussitôt avant, parce que il a trouvé que, dans les cas où la durée de la grossesse dépassait le terme normal, le produit de

la conception était un garçon, tandis que si le travail débutait avant l'époque attendue c'était une fille.

Tous ont des opinions qui leur sont propres. Ainsi le Dʳ H. U. Upjohn (*Medical record*, déc. 7, 1878) a vu la même loi vérifiée par sa propre expérience, et l'explique par l'existence de spermatozoïdes mâles et femelles, les femelles étant les plus nombreux et les mâles les plus vigoureux. Avant le flux menstruel, lorsque l'ovule est encore haut dans les trompes, il ne peut être atteint que par les spermatozoïdes mâles vigoureux ; tandis que, après la période menstruelle, il descend dans l'utérus et est fécondé (assailli semble plus correct) par le nombre plus grand de spermatozoïdes femelles (*Centralblatt fuer Gynæcologie*, nov. 9, 1879, II).

D'autres encore ont cherché le rapport de l'âge de la mère avec le sexe de l'enfant.

Bidder (*Zeitschrift f. geburtsh .u. Ginaekologie*, II) a réuni 11,871 cas, 4,441 primipares, et 7,430 multipares ; il a trouvé que la quantité des enfants mâles dépasse celui des femelles chez les mères âgées de dix-sept ans à vingt et un ans ; le nombre diminue à vingt-deux et vingt-trois ans, atteint son minimum à l'âge de vingt-quatre à vingt-cinq ans, et alors augmente encore proportionnellement à l'âge de la mère.

J'ai simplement exposé ces différentes manières de voir, mais, quelle que puisse être mon opinion, je n'oserai l'exprimer jusqu'à ce que j'aie pu l'appuyer d'un nombre suffisant de cas authentiques.

Je n'analyserai pas ces cas, car aucun nouveau trait caractéristique ne m'a été offert, et je n'ajouterai rien aux observations que j'ai faites dans mon mémoire précédent.

Les cas additionnels semblents implement corroborer les conclusions tirées des premiers.

(TABLEAU.)

NOMBRE DES CAS.	MÉDECIN qui a recueilli l'observation.	AGE DU SUJET.	MARIÉE OU CÉLIBATAIRE.	NOMBRE des grossesses	ÉPOQUE DU COIT fécondant relativement à la menstruation.	DATE de la concept.	DATE de la délivr.	DURÉE DE LA GESTATION.	SEXE DE L'ENFANT.
1	Dr Engelmann.	22	C	Primipare.	Immédiatement avant la période attendue.	4 juin.	2 mars.	272	F
2	Dr Engelmann.	24	C	Primipare.	. . . .	4 juillet.	2 mars.	242	M
3	Dr Engelmann.	24	C	Primipare.	Durant les derniers jours des règles.	juillet.	. . . . .	. . .	. . .
4	Dr Sinkler.	20	C	Primipare.	A la fin de la période.	9 août.	15 mai.	280	F
5	Dr Papin.	19	M	Primipare.	Avant la période attendue.	22 janvier.	15 octobre.	266	F
6	Dr Papin.	21	M	Bipare.	Après la fin des règles.	22 août.	12 mai.	263	M

MÉMOIRE

DE LA VALEUR DU DRAINAGE PÉRITONÉO-ABDOMINAL DANS L'OVARIOTOMIE.

Par M. Léon LABBÉ.

La question du drainage de la cavité abdominale dans l'ovariotomie est encore aujourd'hui très-discutée. Les ouvrages didactiques ne contiennent à ce sujet que des indications bien vagues. La plupart des auteurs s'occupent surtout des mesures à prendre contre les hémorrhagies consécutives ; mais ils ne donnent aucune règle précise pour favoriser l'évacuation des liquides morbides qui peuvent s'accumuler dans la cavité abdominale après l'opération.

MM. Kœberlé et Boinet conseillent, il est vrai, d'après la pratique de Keith, de se mettre en mesure contre les hémorrhagies et les épanchements consécutifs, en plaçant des canules ou des tubes en

verre qu'on laisse à demeure, et qui servent soit à extraire le liquide de la cavité péritonéale, soit à le déverser au dehors par le vagin ou une ouverture de la paroi abdominale.

Mais ces opérateurs n'ont pas suffisamment précisé les cas dans lesquels cette méthode doit être mise en pratique.

J'avais moi-même, en 1868, appliqué le drainage à l'aide du tube de verre recommandé par Kœberlé. Dans un cas j'eus un succès complet, et il s'écoula par le tube, pendant les quarante-huit heures qui suivirent l'opération, 1,100 grammes de liquide. Dans un autre cas, le drainage, pratiqué dans les mêmes conditions, ne put sauver la malade. Elle succomba à des accidents septicémiques que je crus devoir rapporter à la communication de la cavité abdominale avec l'air extérieur par l'intermédiaire du tube, dont l'orifice était insuffisamment protégé. Cet insuccès me fit renoncer au drainage, et je l'abandonnai pendant les années qui suivirent.

Je disais déjà dans mes *Leçons de clinique chirurgicale*, publiées en 1876 (1) que de toutes les causes de mort après l'ovariotomie, les plus fréquentes étaient sans contredit la *septicémie* et la *péritonite*. La première complication, qui est de beaucoup la plus grave, est due à la rétention de matières putréfiées dans la cavité abdominale. Ces matières sont habituellement du sang et du sérum introduits dans le péritoine, soit pendant les quelques heures qui l'ont suivie. Cet épanchement de sérosité est quelquefois considérable dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, ainsi qu'on en jugera par les observations que je vais rapporter un peu plus loin.

Cette opinion, que j'exprimai il y a quelques années, sur la gravité de la septicémie causée par la rétention des liquides morbides dans l'abdomen après l'ablation des kystes de l'ovaire, s'est encore fortifiée par la pratique des nombreuses opérations d'ovariotomie que j'ai faites pendant ces dernières années. J'ai eu notamment l'occasion d'observer un fait très-concluant et dans lequel la malade, qui a succombé; aurait presque certainement guéri si le drainage de la cavité abdominale avait été pratiqué immédiatement après l'opération. Voici un résumé de cette opération :

Madame X..., âgée de quarante-quatre ans, était atteinte d'un kyste multiloculaire très-volumineux dont le début remontait à deux ans. L'état général était satisfaisant.

(1) *Leçons sur les kystes de l'ovaire*, p. 409.

L'opération fut pratiquée en février 1879. Les diverses poches kystiques furent successivement vidées, et je constatai l'existence de quelques adhérences, ainsi que la présence d'une quantité notable de liquide ascitique dans le péritoine. C'est là une circonstance sur laquelle j'aurai tout à l'heure à appeler l'attention. Le pédicule fut laissé en dehors (ce n'est qu'en juillet 1879 que j'ai commencé à abandonner le pédicule dans l'abdomen) et la cavité abdominale complètement fermée. En somme, l'opération ne présenta aucune particularité digne d'être signalée.

Les premières vingt-quatre heures tout alla bien. Le deuxième jour la température s'éleva à 38°. Pendant quatre jours elle oscilla autour de 39° ; il n'y eut pas de vomissements, le ventre n'était pas très-distendu et présentait même une souplesse relative.

Le sixième jour la malade s'affaiblit peu à peu, et elle succomba sans que la nature des accidents ait été suffisamment expliquée.

L'autopsie fut autorisée. On trouva dans le petit bassin un litre environ d'un liquide séro-sanguinolent, brunâtre et présentant des caractères franchement septiques. Cette accumulation provenait évidemment du liquide ascitique qui s'était reformé après l'opération, et du suintement résultant de la déchirure de quelques adhérences.

Notre malade aurait donc succombé à la septicémie. Cette assertion est d'autant plus certaine, qu'il n'existait aucune trace de péritonite récente.

Je regrettai alors de ne pas avoir mis en usage le drainage préventif,qui aurait conduit au dehors cette quantité considérable de liquide. Je regrettai encore plus de n'avoir pas cédé à ma première impression, qui était de suivre la manière de faire de Kœberlé, lequel conseille d'ouvrir de nouveau la plaie abdominale, pour donner issue aux liquides morbides et nettoyer la cavité péritonéale, lorsque des symptômes de septicémie font craindre une terminaison fatale.

L'observation que je viens de rapporter, jointe à quelques autres faits de ma pratique antérieure, me firent réfléchir de nouveau à la valeur du drainage préventif. Je m'attachai d'autant plus facilement à cette idée, qu'à la même époque je commençais à appliquer à l'ovariotomie la méthode listérienne. J'étais tellement pénétré des avantages de cette méthode, au point de vue antiseptique, que j'eus la conviction absolue qu'elle rendrait inoffensive l'introduction d'un drain dans la cavité abdominale. Je pris donc la résolution d'em-

ployer le drainage préventif toutes les fois que l'ovariotomie se présenterait dans les conditions où l'on pourrait craindre de voir se reproduire, consécutivement à la fermeture de la plaie abdominale, une accumulation de liquide dans la cavité du petit bassin.

Or, ces conditions me paraissent de deux sortes :

1° Lorsqu'il existe, comme dans le cas malheureux que je viens de rapporter, une ascite qui, très vraisemblablement, aura une tendance à se reproduire pendant quelque temps.

J'ajoute que ce liquide ascitique deviendra d'autant plus nuisible qu'il coïncidera avec la présence d'adhérences dont la déchirure aura déterminé la rupture d'un grand nombre de petits vaisseaux et par suite une hémorrhagie plus ou moins abondante.

2° Lorsqu'il existe des adhérences très étendues et très vasculaires.

Dans ces cas, en effet, l'ablation du kyste n'a lieu qu'à la suite de déchirures considérables entre la paroi kystique et les tissus voisins (épiploon, intestins, paroi abdominale, etc.) ; et par suite une hémorrhagie capillaire consécutive est presque inévitable, malgré les nombreuses ligatures perdues que le chirurgien aura pu appliquer pendant le cours de l'opération.

J'eus bientôt l'occasion de vérifier la justesse de cette manière de voir, et voici dans quelles circonstances :

Madame X..., âgée de trente-cinq ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire multiloculaire, constitué principalement par une poche considérable, avait été ponctionnée au commencement de juin 1879. On lui avait retiré environ 7 litres d'un liquide blanchâtre et glaireux ; la ponction, avait été faite avec un grand trocart de Nélaton, c'est-à-dire avec un instrument d'un diamètre relativement considérable. Malgré les précautions prises au moment de la ponction, des douleurs très vives ne tardèrent pas à apparaître au niveau du point ponctionné. Quand je pus pratiquer l'ovariotomie, six semaines plus tard (juillet 1879), la malade réclamait impérieusement un soulagement à ses douleurs, qui étaient devenues si violentes qu'elles avaient déterminé une attitude vicieuse : la malade avait en quelque sorte le corps courbé en deux du côté où elle avait été ponctionnée.

L'opération fut faite suivant les règles ordinaires, et, aussitôt la paroi abdominale ouverte, on put constater que la ponction avait été le point de départ d'un travail très intense de péritonite locali-

sée. La portion du kyste correspondant à la ponction était réunie à la paroi abdominale par des adhérences très vasculaires, sur une étendue d'environ 5 centimètres de diamètre. Le péritoine présentait un aspect grenu très prononcé. La déchirure de cette adhérence amena une hémorrhagie en nappe qu'il fut impossible d'arrêter par des ligatures, aucun vaisseau du calibre appréciable n'étant ouvert. On trouva en outre des adhérences assez nombreuses au niveau de l'épiploon, dont la rupture détermina également une hémorrhagie notable. Enfin il existait un épanchement ascitique assez prononcé.

Le pédicule, peu volumineux, fut divisé en deux et pris dans un double nœud de catgut, puis abandonné dans l'abdomen. Un gros tube drainage, d'environ 25 centimètres de longueur et de 8 millimètres de diamètre, fut placé à l'angle inférieur de la plaie jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin, et maintenu au dehors par une longue épingle qui l'empêchait de rentrer dans l'abdomen. La méthode de Lister fut rigoureusement appliquée pendant l'opération et le pansement.

Le lendemain, au moment où l'on enleva le pansement, les pièces nombreuses qui le composaient étaient toutes complétement traversées par un liquide séro-sanguinolent. Ce tube fut diminué de moitié environ. Le surlendemain, au second pansement, une nouvelle quantité considérable de liquide s'écoula ; le tube fut raccourci dans de notables proportions. Au troisième pansement il y avait encore une quantité de liquide très appréciable, mais le tube se trouvait au dehors de la plaie et avait été repoussé par la pression intra-abdominale. La plaie qui lui donnait passage s'était elle-même refermée. La malade guérit rapidement et sans incidents.

Voici un cas analogue observé en avril 1880.

Madame X..., âgée de trente-deux ans, était atteinte d'un kyste, diagnostiqué kyste de l'ovaire, et qui, en réalité, était un kyste para-ovarien. Lorsque la cavité abdominale fut ouverte, on trouva le quart antérieur de la tumeur parfaitement libre d'adhérences. Mais, à partir de ce point, les parois du kyste ne purent être isolées que par une déchirure des portions voisines de l'épiploon, de l'intestin et du mésentère, qui formaient à la tumeur une véritable coque. 15 centimètres environ d'une partie du gros intestin furent dépouillés de leur couche séreuse, et la couche musculeuse fut mise à nu. On plaça une quarantaine de ligatures perdues sur les points où l'on pouvait voir

un vaisseau à orifice distinct. Malgré ces précautions, on ne put s'opposer à un certain suintement sanguin. La cavité abdominale fut fermée, sauf dans le point qui donna passage à un fort tube placé jusque dans la cavité rétro-utérine. Le pansement de Lister fut pratiqué, en ayant soin d'accumuler des couches nombreuses de gaze. L'opération avait été terminée à onze heures et demie ; à six heures du soir toutes les pièces du pansement étaient traversées par un liquide séro-sanguinolent ; on renouvela le pansement sous le *spray* ; le lendemain matin, nouvelle quantité de liquide assez abondante ; cet écoulement persista pendant trois jours,et le liquide fut approximativement évalué à un litre.

Le quatrième jour, le tube, qui avait été successivement raccourci, se présentait presque à fleur de peau et fut retiré. Les parois de l'orifice se rapprochèrent immédiatement, et la guérison eut lieu sans le moindre accident.

Un mois après, en mai 1880, une jeune femme de trente-quatre ans subissait une opération absolument identique. Il s'agissait encore d'un kyste para-ovarien volumineux, entièrement englobé par l'intestin, l'épiploon et le mésentère. Presque au début de l'opération, il fallut également provoquer de nombreuses déchirures entre le kyste et les organes auxquels il adhérait. Ce décollement nécessita environ une heure et quart de manœuvres. Des ligatures en très grand nombre furent laissées dans l'abdomen.

Dans ce cas,comme dans le précédent, par suite de la confirmation propre aux kystes para-ovariens, il n'y eut pas à proprement parler de pédicule à réduire. L'abdomen fut refermé et un gros tube placé dans le cul-de-sac rétro-utérin. Le pansement de Lister avait été appliqué méthodiquement depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération, qui fut terminée à midi. Elle avait duré deux heures et demie. Six heures plus tard, toutes les pièces du pansement étaient traversées par un liquide séro-sanguinolent d'une couleur très foncée. L'écoulement avait été tellement abondant pendant les trois jours qui suivirent, qu'on peut, sans exagération, l'évaluer à 1,500 grammes.

Le tube, raccourci peu à peu, fut enlevé le quatrième jour, et la guérison eut lieu sans complications.

Dans ces trois cas, je suis convaincu, et il me semble que ma conviction peut être facilement partagée, que la guérison doit être attribuée à la précaution que j'avais prise de laisser une porte de sortie

aux liquides accumulés dans la cavité du petit bassin, après l'opération.

Sans aucun doute, les grandes quantités de liquide qui, dans les cas que nous venons de rapporter, ont été rejetées à l'extérieur, eussent séjourné dans le petit bassin et auraient donné lieu, très vraisemblablement, à des phénomènes de septicémie semblables à ceux que j'ai signalés dans ma première observation. Le drainage correspondait donc ici à une indication pressante : celle de donner issue aux liquides contenus dans le péritoine. Il faut ajouter que, pratiqué dans les nouvelles conditions où nous place la méthode de Lister, il remplissait cette indication majeure sans exposer à aucun des inconvénients que l'on pouvait redouter avant l'emploi de la méthode antiseptique.

Pendant un voyage que j'ai fait à Vienne en 1879, j'ai eu l'occasion de voir le drainage mis en usage après l'ovariotomie, dans une large mesure, par le Dr Salzer, chirurgien aussi distingué que modeste, attaché à l'hôpital général de cette ville. J'ai pu observer plusieurs malades opérées dans des conditions détestables, avec adhérences nombreuses aux principaux organes de l'abdomen.

Dans ces conditions si mauvaises, Salzer ne se contentait pas de mettre un tube dans la cavité du petit bassin ; il en plaçait plusieurs au niveau de chacun des points où les adhérences avaient été le plus difficiles à détruire. Chacun de ces tubes venait sortir à des hauteurs différentes, le long de la paroi suturée de l'abdomen. Notre confrère a ainsi obtenu des succès dans des cas véritablement désespérés. En pareille occurrence je n'hésiterais pas à avoir recours à ce drainage multiple.

Il est nécessaire d'employer, pour le drainage péritonéo-abdominal, des tubes d'un calibre relativement fort. Ceux dont je me sers habituellement sont des tubes en caoutchouc de 8 millimètres de diamètre environ ; ils doivent avoir des parois assez épaisses et assez résistantes pour que leur lumière ne puisse pas être effacée ; il est nécessaire qu'ils aient séjourné pendant longtemps dans la solution forte d'acide phénique au vingtième.

Pratiqué de cette façon, le drainage de la cavité abdominale donne lieu à une manœuvre d'une grande simplicité et qui, on peut l'affirmer, n'ajoute rien à la difficulté ou à la gravité de l'opération.

En est-il de même des autres modes de drainage proposés et mis en usage par quelques chirurgiens ? Il est permis d'en douter, puisque

dans les diverses variétés de drainage péritonéo-vaginal il est matériellement impossible de rendre le pansement complètement aseptique. La pratique est venue, du reste, confirmer cette vue théorique. Un grand nombre de chirurgiens qui ont eu recours à ce moyen l'ont depuis abandonné (1). Pourquoi d'ailleurs compliquer à plaisir l'opération par l'ouverture du cul-de-sac vaginal, quand l'expérience démontre très nettement qu'un simple tube, placé à l'angle inférieur de la plaie et mis en contact par une de ses extrémités avec le point le plus déclive du petit bassin, suffit pour permettre aux quantités de liquide les plus abondantes, d'être rejetées à l'extérieur?

Certes, au premier abord, il paraît difficile d'admettre que le liquide accumulé au fond du cul-de-sac rétro-utérin vienne sortir facilement dans une région située plus haut que la symphyse pubienne. S'il s'agissait d'un vase inerte, assurément le tube serait placé en pure perte; mais, ici, le chirurgien peut compter, pour l'aider, sur le jeu normal des mouvements physiologiques qui accompagnent chaque acte respiratoire, et qui ont pour résultat incessant de tendre à repousser, à travers tout orifice libre de la cavité abdominale, les organes ou liquides qui y sont contenus.

La conclusion que je veux tirer de ces quelques observations et des réflexions qu'elles m'ont suggérées est la suivante:

Il faut, à la suite de l'ovariotomie, pratiquer le drainage péritonéo-abdominal dans ces deux conditions principales :

1° Lorsqu'il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction ;

2° Lorsqu'il existe des adhérences assez étendues, que l'on ne peut rompre qu'en produisant des déchirures qui donnent nécessairement lieu à un suintement séro-sanguinolent consécutif toujours assez abondant.

J'ajoute que, en présence de l'innocuité acquise par le drainage, depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique employée dans toute sa rigueur, loin de restreindre l'emploi de ce moyen, il y a lieu de le généraliser, et je pense que, dans tous les cas où l'on n'est pas assuré de pouvoir sécher complètement la cavité abdominale, on est autorisé à le mettre en usage.

---

(1) Il est bien entendu que la proscription du drainage péritonéo-vaginal ne s'adresse qu'aux cas d'ovariotomie ou d'hystérectomie sus-pubienne. Quand il s'agit de l'ablation totale de l'utérus, le drainage péritonéo-vaginal seul ou combiné avec le drainage péritonéo-abdominal, tel que le pratique Bardenheüer (de Cologne), doit être accepté.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *novembre* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

ALLAITEMENT MATERNEL.

M. Blache lit un mémoire intitulé : *De l'allaitement maternel au point de vue des avantages que l'enfant et la mère elle-même peuvent en retirer.*

Après avoir fait comprendre l'importance, pour l'enfant et la mère elle-même, de l'allaitement maternel, M. Blache cite les chiffres suivants à l'appui de cette opinion. D'après le dernier recensement fait en Angleterre en 1878, l'accroissement de la population a été 145 pour 10,000 habitants; en Suède et en Norwège, la proportion a été plus forte encore ; dans ces deux pays, l'allaitement est très-général, aussi la mortalité des enfants de 0 à 1 an n'est que de 13 pour 100 en Suède et 10 pour 100 pour la Norwège. Souvenons-nous, dit le Dr Deligny, que pour la même année, 1878, la proportion de l'accroissement de la population a été de 81 pour 10,000 habitants en Suisse, de 77 en Italie, et souvenons-nous surtout qu'elle a été de 130 en Allemagne et, en France, de 36 seulement. (Ce travail est renvoyé à la commission de l'hygiène de l'enfance.)

VALEUR DU DRAINAGE PÉRITONÉO-ABDOMINAL DANS L'OVARIOTOMIE.

M. Léon Labbé lit sous ce titre un travail dans lequel il examine la question, encore très-discutée aujourd'hui, du drainage de la cavité abdominale dans l'ovariotomie. Les ouvrages didactiques, dit-il, ne

contiennent à ce sujet que des indications bien vagues. La plupart des auteurs s'occupent surtout des mesures à prendre contre les hémorrhagies consécutives ; mais ils ne donnent aucune règle précise pour favoriser l'évacuation des liquides morbides qui peuvent s'accumuler dans la cavité abdominale pendant et après l'opération.

M. Labbé rapporte d'abord une première observation d'ovariotomie dans laquelle le drainage préventif péritonéo-abdominal n'avait pas été pratiqué. La malade succomba à des accidents septicémiques, et on trouva dans le petit bassin environ un litre d'un liquide séro-sanguinolent qui s'était accumulé après l'opération. Il est extrêmement probable que la malade aurait survécu si ce liquide avait eu une issue.

Il rapporte ensuite trois observations très-concluantes dans lesquelles le drainage péritonéo-abdominal a été pratiqué avec succès. Il s'agissait de kystes très-adhérents dont l'ablation nécessita de nombreuses déchirures. Un drain, qui fut placé à l'angle inférieur de la plaie, donna passage à des quantités considérables de liquide (de 1000 à 1500 grammes environ). Il est très-probable que la rétention de ces produits morbides dans la cavité abdominale aurait donné lieu à des accidents de septicémie.

M. Labbé rejette le drainage péritonéo-vaginal qui complique inutilement l'opération et ne se prête pas à la pratique du pansement antiseptique. Le drainage péritonéo-abdominal, au contraire, est parfaitement compatible avec l'application rigoureuse de la méthode de Lister.

Voici dans quelles conditions il propose d'appliquer le drainage péritonéo-abdominal :

1° Lorsqu'il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction ;

2° Lorsqu'il existe des adhérences assez étendues et dont la déchirure donne nécessairement lieu à un suintement séro-sanguinolent consécutif assez abondant.

Il est nécessaire d'employer pour le drainage péritonéo-abdominal des tubes d'un calibre relativement fort et assez consistants pour que leur lumière ne puisse être effacée. Ceux dont se sert M. Labbé sont en caoutchouc et ont environ 8 millimètres de diamètre. Ils doivent avoir séjourné assez longtemps dans une solution phéniquée au 20°.

M. Labbé termine en disant que, grâce à l'innocuité acquise par le drainage depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique, il

convient plutôt d'en généraliser l'emploi que de le restreindre. Dans tous les cas où l'on n'est pas assuré de pouvoir sécher complétement la cavité abdominale, on doit y avoir recours.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

MOLE HYDATIQUE.

Par L. JAGAT, externe des hôpitaux.

M. H..., âgée de trente-deux ans, mariée depuis sept à huit ans, ayant habituellement une bonne santé, quoique assez mal réglée, a déjà eu deux enfants; l'un est âgé de six ans et l'autre de deux. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Il y a environ quatre mois, cette dame eut, à l'époque de ses règles, une hémorrhagie utérine assez abondante, qui s'arrêta à la suite d'une administration d'ergotine. A la suite de cet accident, elle fut deux mois sans voir ses règles, lorsqu'une nuit, en urinant dans un vase de nuit, elle rendit sans la moindre douleur un corps assez volumineux accompagné d'un demi-litre de sang environ. Le médecin, qui y alla dès le matin, trouva la malade couchée et perdant encore, le col était ouvert et permettait l'introduction du bout du doigt. Au milieu des caillots sanguins se trouvait le corps rendu, et pour voir les corps hydatiformes, il dut inciser une poche membraneuse contenant fort peu de liquide séreux. Il administra encore une potion à l'ergotine et deux jours après la malade rendait encore un petit morceau de membrane. La malade se rétablit rapidement.

La tumeur rendue est arrondie et mesure environ 8 centimètres; elle a une épaisseur de 7 à 10 millimètres. Les bords se continuent avec les débris d'une membrane fine et transparente. Une de ses faces est rugueuse, ressemblant assez à la face utérine d'un placenta. La face opposée est lisse, mais hérissée de saillies nombreuses, d'un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une petite cerise. Ces petites tumeurs contiennent un liquide clair et une production

charnue de volume variable. Il y en a environ vingt à vingt-cinq. Les petites saillies sont constituées par une substance gélatineuse qui présente les caractères histologiques du myxome.

(*Progrès médical.*)

Séance du 16 *avril* 1880.

PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

DÉBRIS DE PLACENTA RESTÉ DANS L'UTÉRUS A LA SUITE D'UNE FAUSSE COUCHE ; SUPPURATION DE LA TROMPE ; PÉRITONITE.

Par DEFONTAINE, interne des hôpitaux.

La nommée S..., femme G..., âgée de trente-quatre ans, entre le 20 mars 1880 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Fernet.

Elle a été prise le 14 de vomissements qui ont persisté les jours suivants, et sont devenus verdâtres le 16 ; ce même jour elle a commencé à souffrir du ventre ; ces symptômes survenus sans cause appréciable pour elle, ne faisant que s'aggraver, elle entra à l'hôpital où on put constater l'état suivant : Fièvre modérée, 38°, 38°, 5. Ventre saillant, tendu, douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure, mat au-dessous de l'ombilic ; langue chargée, un peu sèche, constipation ; intégrité du cœur et des poumons ; pas d'albuminurie ; le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent que des résultats négatifs.

Le diagnostic de péritonite pouvait être porté et il fut confirmé par l'évolution ultérieure des accidents, mais, lorsqu'on voulait chercher à en reconnaître la cause, on était en présence d'une difficulté bien plus grande puisque rien dans les antécédents de la malade, ni dans son examen, ne venait indiquer de quel côté siégeait le point de départ de cette complication. Les jours suivants les vomissements grisâtres fétides se reproduisirent, l'état de la malade s'aggrava rapidement et le 26, elle mourut.

Autopsie. On trouva une péritonite suppurée généralisée. Tous les viscères examinés successivement n'avaient pas fait découvrir la cause de cette péritonite. Mais l'utérus un peu plus gros et plus mou qu'à l'état normal présentait sur la face postérieure de sa cavité,

près du fond de l'organe, une saillie arrondie de la grandeur d'une pièce d'un franc, fendillée et mamelonnée à sa surface, semblant faire corps avec la muqueuse. Les trompes, surtout la gauche, étaient distendues par du pus que l'on pouvait faire facilement sortir par leur orifice péritonéal en exerçant une légère pression. Il n'y avait ni phlébite ni lymphangite. Les trompes avaient donc été le lieu de passage des produits septiques de la cavité utérine à la cavité péritonéale. Quant à la production morbide qui avait été le point de départ des accidents, était-elle un néoplasme, un épithélioma développé sur la muqueuse, était-elle un débris de placenta, résultant d'une fausse couche qui serait passée inaperçue de la malade ou qu'elle n'aurait pas voulu avouer ? L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Mayor, confirme pleinement cette dernière hypothèse.

REVUE DE LA PRESSE

CHUTE DU VAGIN CHEZ UNE VIERGE, SURVENUE PENDANT DES EFFORTS DE DÉFÉCATION.

M. Guillemet, dans le *Journal de médecine de l'Ouest*, publie la très-curieuse observation suivante : « Mademoiselle X***, âgée de dix-huit ans, après une enfance maladive, pendant laquelle elle avait souvent été affectée de chute du rectum, fut réglée à quatorze ans assez péniblement. Vers le même âge, début d'une déviation considérable de la colonne vertébrale qui l'obligea à porter corset. Le 30 janvier il lui survint un accident ; après des efforts de défécation très-violents et un long séjour sur le cadre des latrines, elle aurait senti se développer une tumeur entre ses jambes. A l'examen, elle souffrait beaucoup du côté gauche du ventre. Il y avait peu de sensibilité, sauf au-dessus du pubis et dans la fosse iliaque gauche. A la vulve faisait saillie une tumeur plus volumineuse que les deux

poings, d'un rouge vineux. Cette tumeur, très-large en bas, était très-étroite vers la vulve et resserrée par l'anneau vulvaire. Celui-ci était vigoureusement serré. Il y avait une sorte d'étranglement des parties prolabées et, par suite, de l'œdème.

« Au centre, un orifice à plis rayonnés permettait d'introduire l'extrémité du doigt, qui n'atteignait pas le col de l'utérus, au contraire de ce que l'on aurait pu penser. La tumeur ne contenait aucun corps dur ; elle ne comprenait pas du tout l'utérus, prolabé ; du reste, en introduisant le doigt en avant et en arrière, on le sentait abaissé, mais sensiblement au-dessus de la vulve.

« La réduction de cette tumeur fut fort difficile. Après diverses tentatives avec pressions directes, il arriva à refouler le cul-de-sac antérieur et les parties prolabées en avant. Lorsque ce résultat eut été obtenu avec peine, le reste, ou la partie postérieure de cette tumeur, se réduisit facilement.

« En examinant cette jeune fille à plusieurs reprises et un mois après l'accident, M. Guillemet constata que l'hymen était intact, son ouverture ayant la forme d'une fente longitudinale.

« L'anneau vulvaire paraissait solide et serré ; toute menace de récidive semblait écartée.

« Cette lésion fort rare paraît à l'auteur analogue à la chute du rectum. C'est un véritable prolapsus du vagin, sans chute de l'utérus ; la faiblesse de la constitution du sujet, sa constipation constante et ses habitudes d'efforts de défécation l'y prédisposaient. On pourrait admettre que la portion postérieure s'est dégagée d'abord, puis la partie antérieure ou cystocèle. Le mode de réduction très-efficace mérite d'être signalé. »

Les cas de ce genre sont fort rares, quoiqu'il y ait des exemple de prolapsus de l'utérus et du vagin chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, ni même de rapports sexuels. Il ne serait pas impossible que, chez la malade de M. Guillemet, plus tard les choses en vinssent là. J'ai opéré il y a trois ans une femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un prolapsus constant de l'utérus et du vagin. Elle m'affirma que le prolapsus datait de sa jeunesse. Elle n'avait jamais eu, à cette époque, de rapprochements ni de tentatives des rapprochements. Plus tard, la douleur et la saillie de la tumeur l'en empêchèrent. Malgré son prolapsus, elle était vierge au sens strict du mot. Mais elle n'avait aucune résistance de l'anneau vulvaire. Elle fut améliorée par l'opération, excision et suture de la paroi vaginale

antérieure, au point qu'elle put reprendre des occupations pénibles qui la faisaient tenir debout une partie de la journée.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

DE L'OPÉRATION DE PORRO.

Ce n'est pas à Porro que revient l'honneur d'avoir découvert cette méthode, mais à Cavallini (1769), qui, par des expériences sur les animaux, constata que l'extirpation de l'utérus gravide est moins dangereuse que l'opération césarienne. La première opération tentée sur la femme appartient à Storer, de Boston (1869). Sa malade mourut. Porro ne pratiqua cette opération pour la première fois qu'en 1876. En tout, il a été publié 36 cas d'extirpation de l'utérus : sur ce nombre, on note la moitié de guérisons, ce qui est un joli résultat par rapport à l'opération césarienne.

Le succès est plus probable lorsque la malade souffre depuis moins longtemps des douleurs de l'enfantement.

Ces 36 femmes donnèrent le jour à 37 enfants, dont 4 étaient morts et 33 vinrent au monde vivants.

Quant au pédicule, faut-il le lier en dehors, ou le renverser dans le vagin ? C'est un point non encore suffisamment étudié pour qu'il soit permis de se prononcer à son égard.

(*Cbl. fur med. Wissensch.* et *Journal de médecine de Bordeaux.*)

OBSERVATION DE VAGIN DOUBLE AVEC UTÉRUS SEPTUS.

Par M. CAPORALI VICENZO.

Campanini Virginia, âgée de vingt et un ans, doméstique et fille publique depuis cinq ans, entre à l'hôpital de Milan le 7 mai dernier.

Ses parents sont en excellente santé, le père a quarante-cinq ans,

la mère trente-huit. Ses sept sœurs et ses deux frères sont bien constitués et ne présentent aucune anomalie des organes génitaux.

A treize ans, première menstruation, abondante, qui dure environ quinze jours. Les règles sont depuis, normales et régulières. A dix-sept ans elle s'aperçoit de son vice de conformation ; les premières règles apparaissent à gauche, durant dix jours, s'accompagnant de douleurs dans la région abdominale gauche et dans les lombes, de fièvre, d'une grande prostration. Ces troubles se manifestèrent à chaque époque suivante.

A treize ans, premiers rapports sexuels à droite ; elle devient presque aussitôt enceinte et accouche à sept mois, sans cause connue, d'un enfant bien constitué qui vit encore. A quatorze ans et demi, toujours à droite, avortement de trois mois. Jusqu'à seize ans, les rapports sexuels eurent lieu par cette voie seule (vagin droit). A cette époque elle rentre à l'hôpital de Bologne pour un catarrhe utérin. Le professeur Gamberini l'examine avec grande attention et remarque l'existence du deuxième vagin. D'après la malade, deux hymens auraient existé ; mais les caroncules sont communes aux deux vagins.

A dix-huit ans, nouvelle grossesse à droite et avortement à trois mois après un bain de pieds chaud sinapisé. A vingt et un ans, dans le courant de janvier, les règles manquant du côté gauche, depuis quatre-vingt-dix jours, elle eut pendant deux jours un écoulement de sang de ce côté, qui s'arrêta un jour et reprit avec une très-grande abondance et continua pendant deux semaines ; il ne céda qu'à un traitement énergique. Ce ne fut qu'avec peine et peu à peu que la malade retrouva ses forces.

On doit remarquer que dans chaque grossesse le flux mensuel, moins abondant que d'habitude, apparut cependant pendant les trois ou quatre premiers mois.

La malade raconte que depuis quatre-vingts jours environ le sang qui s'écoule du vagin gauche est beaucoup moins abondant ; qu'elle a des vomissements fréquents, des malaises, de la tension et de la douleur dans les mamelles. Elle se croit, en un mot, enceinte du côté gauche.

Examen physique. — Taille élevée, corps bien développé, muqueuses colorées, peau souple, brune, pannicule adipeux assez prononcé, cheveux noirs, cou de moyenne grosseur, on n'y aperçoit pas les pulsations des vaisseaux et avec le stéthoscope on n'entend

aucun souffle. Le thorax manque un peu d'ampleur, et les mouvements respiratoires d'amplitude. Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche, le diamètre transversal est légèrement augmenté. Les mamelles, volumineuses, occupent l'espace compris de la troisième à la sixième côte. Les aréoles sont brunes, larges et offrent quelques tubercules de Montgomery.

L'abdomen présente l'apparence normale ; la peau en est lisse, sans vergeture ; la ligne blanche n'est pas pigmentée plus que d'ordinaire. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesure quatre-vingt-un centimètres ; le diamètre ombilico-pubien a 13 centimètres 1/2, le xypho-pubien 24 centimètres. La distance qui sépare les deux épines iliaques antérieures et supérieures est de 33 centimètres ; par la palpation abdominale on n'arrive pas à percevoir le fond de l'utérus.

Examen des organes sexuels. — La femme, placée en supination, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses, on peut bien examiner les organes génitaux externes qui, à la vue, ne permettent pas de soupçonner un vice de conformation. Le système pileux est normalement développé et distribué ; les grandes lèvres, au nombre de deux, sont normales, ainsi que les deux petites lèvres qui, en avant,se dédoublent pour former le prépuce du clitoris. A la base du vestibule de la vulve se trouve le méat urinaire ; au-dessous et un peu à droite un petit enfoncement. Les glandes vulvo-vaginales n'offrent rien de particulier.

Écartant avec les deux doigts les parties génitales externes, on aperçoit une cloison verticale complète qui commence à 4 centimètres de l'orifice vulvaire ; elle est résistante, se prolonge d'une façon continue dans toute la longueur et la hauteur du canal vaginal; les deux index introduits dans chacun de ces canaux peuvent constater l'existence de la cloison. A gauche, l'exploration digitale permet d'arriver sur un col petit, de forme arrondie, résistant, à orifice transversal. Le cul-de-sac antérieur est élevé et tout à fait libre; le postérieur est plus dilaté. Le latéral droit se continue à droite avec une autre tumeur; l'utérus est dans l'axe et très-mobile en tous sens. L'exploration gauche révèle l'existence d'un deuxième col un peu plus long, arrondi, de consistance normale, convergent vers le gauche, à orifice transversal, dont les angles présentent des déchirures. Le doigt introduit dans le rectum a la sensation d'un corps arrondi, situé en avant de la paroi antérieure, dont les deux

tiers sont situés à droite et qui présente sur sa face postérieure un sillon.

Le spéculum bivalve introduit dans le vagin gauche permet de voir le col avec sa couleur normale, de forme circulaire, avec son orifice transversal entr'ouvert, sans cicatrice, de la largeur d'un demi-centimètre; il s'engage dans le spéculum d'environ 1 centimètre. Son diamètre antéro-postérieur est de 2 centimètres à droite; le col a 2 centimètres de long, son diamètre mesure 3 centimètres. Restait à pratiquer le cathétérisme. — La femme se disant enceinte du côté gauche, le cathétérisme fut tenté avec grande précaution. Le cathéter pénètre assez difficilement, à droite, du canal cervical dans la cavité utérine qui est reconnue tout à fait vide. La longueur du col et du corps est de 6 centimètres. Sans retirer le premier cathéter, un deuxième est introduit par l'orifice utérin gauche; il pénètre avec la plus grande facilité dans la cavité; longueur 5 centimètres 1/2.

On peut se rendre compte de ce fait que les deux cathéters sont séparés par une cloison. Le diagnostic fut le suivant: Vagin double et utérus septus avec développement plus grand de l'utérus droit.

(*An. un. di med. e chir.* et *Gazette médicale de Paris.*)

ENLÈVEMENT D'UNE TUMEUR UTÉRINE PENDANT LE TRAVAIL.

Par le docteur SYDNEY-TURNER.

Femme de quarante-six ans, vigoureuse, ayant eu cinq enfants, le dernier il y a sept ans, le travail est commencé et au toucher on sent une tumeur, permettant difficilement le passage du doigt jusqu'au col. Elle a la forme d'une poire, avec un large pédicule inséré à la moitié postérieure du col, présentation du sommet; douleurs régulières mais peu accentuées. L'extirpation immédiate de la tumeur fut décidée, deux ligatures de mince ficelle à fouet furent portées sur le pédicule, la supérieure aussi près que possible de la base : le chloroforme fut administré, puis la tumeur fut séparée au moyen des ciseaux. Le travail s'accentua et se termina rapidement; avec la descente du placenta, la ligature inférieure portée sur le moignon du pédicule avait glissé; mais la supérieure, la plus voisine du col,

restait solidement attachée. La tumeur avait deux pouces de diamètre, dure et dense, formée d'un grand nombre de kystes, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à un tiers de pouce. C'est un polype fibro-cystique. — Guérison de la mère.

(*Brit. med. journ.* et *Journal d'accouchements de Liège.*)

UN CAS D'OPÉRATION DE PORRO.

La *Gazette hebdomadaire* (1880, n° 33) rapporte une observation d'hystéro-ovariotomie césarienne pratiquée à Turin en juillet dernier. En voici le résumé :

Femme de dix-huit ans, mariée, ayant été atteinte dans son enfance d'une ostéite scrofuleuse à l'os iliaque droit, qui lui laissa une déformation rachitique (?) du bassin.

Première grossesse à terme. Début du travail le 25 juin ; tentative infructueuse d'application du forceps faite le sixième jour.

Le 3 juillet, trois médecins du bureau d'hygiène et deux du service de bienfaisance, accourus en même temps, procèdent à un examen rapide (?) dans le but de délivrer au plus vite la pauvre femme.

« Ils constatent que l'utérus est contracté, fortement rejeté à gauche; le bassin déforme *oblique, ovalaire, rachitique*, petit par arrêt de développement; la cavité pelvienne droite presque annulée, et la gauche rétrécie; la tête au détroit supérieur en position *occipito-iliaque droite antérieure, variété frontale* ; il ne restait par conséquent qu'un petit passage possible par la fosse (?) iliaque gauche. Le fœtus était mort depuis plusieurs jours.

« De cet examen, il résultait que la crâniotomie avait peu de chances de réussite et, malgré l'état presque agonisant (?) de la malade, il fut décidé que l'on aurait recours au plus vite à l'opération de Porro. »

Celle-ci fut pratiquée en suivant le pansement de Lister et après avoir chloroformé la quasi-agonisante (?) ; extraction d'un fœtus volumineux en état de putréfaction avancée ; extirpation de l'utérus et d'une grande partie du col ; application du clamp de Thomas sur le pédicule qui est laissé à l'extérieur.

Durée de l'opération, vingt-sept minutes; suites peu troublées; guéri-

son presque complète au moment où l'observation est envoyée (1er août).

« Cette opération est la sixième que l'on fait à Turin, la seconde seulement qui soit suivie de succès.

« Mais c'est la première fois que l'on a opéré dans d'aussi mauvaises conditions par rapport à la femme et au lieu de l'opération. »

Elle a été pratiquée par les docteurs Gasca, Copasso, Ramello, Brambilla, Bestente et Sandino.

Elle a été rapportée par le Dr Demaison, qui n'y a donc pas assisté.

La qualification de « presque agonisante » est évidemment toute subjective et paraît ici un peu exagérée, car on s'expliquerait difficilement l'administration du chloroforme dans un tel état. On ne peut guère juger du degré de rétrécissement par les détails donnés ; il semble cependant que le transforateur de Hubert eût été assez bien indiqué par l'asymétrie du bassin et l'espace laissé libre du côté gauche.

(*Journal d'accouchements de la Maternité de Liège.*)

ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ PAR UN KYSTE DE L'OVAIRE ET UN RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

La femme est âgée de trente-deux ans, paraît bien portante, a mis deux enfants au monde avec grand'peine, le dernier il y a trois ans. Depuis dix-huit mois, elle a remarqué une tumeur abdominale que plusieurs chirurgiens ont déclarée être un kyste de l'ovaire; l'opération avait été décidée, mais sur ces entrefaites, elle devint grosse.

En examinant l'abdomen, on trouve le fœtus à gauche ; le flanc droit est occupé par une tumeur volumineuse, fluctuante. Le toucher vaginal fait reconnaître un bassin uniformément rétréci, la tête se présente ; devant et derrière elle, on sent des points fluctuants en rapport avec la tumeur abdominale.

Les douleurs étant peu prononcées, on attendit ; deux jours après, elles s'accentuèrent, le col s'ouvrit ; au bout de trois heures, la tête

était fortement serrée dans le bassin, ne descendant pas du tout, malgré les plus vives douleurs. Entre elle et le rectum, était une partie du kyste très-tendue, grosse comme une orange, qui semblait arrêter les progrès du mobile; on la ponctionna avec un trocart fin, il s'en écoula environ deux litres et demi d'un liquide épais, brun; l'abdomen diminua, la tumeur vaginale disparut et l'accouchement fut terminé par le grand forceps avec difficulté, l'enfant pesant treize livres anglaises. Elle eut une hémorrhagie, une paralysie de la vessie pendant quelques jours, mais se rétablit.

Dix jours après, sortit par le vagin la paroi complète du kyste avec un pédicule de deux pouces de longueur.

(*Brit. med. journ.* et *Journal d'accouchements de Liège.*)

SUR L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS.

Par le professeur BILLROTH.

Billroth a opéré en tout vingt-cinq tumeurs. Il a eu quinze décès et dix guérisons. En tenant compte de l'expérience qu'il a acquise par ses dernières opérations, il arrive à cette conclusion, que la statistique de sa première série d'opérations est beaucoup moins favorable que celle de la seconde série. A la suite des treize premières opérations, dix malades sont mortes, trois ont guéri; des douze autres malades, sept ont guéri, cinq sont mortes.

Deux malades sont mortes dans le collapsus pendant les vingt-quatre heures; deux à la suite d'hémorrhagie interne, les ligatures en masse ayant cédé; dans un cas, il y eut décès par iléus et dans dix cas décès par péritonite. Billroth est d'avis que, dans ce genre d'opérations, la méthode antiseptique ne joue pas un rôle aussi important que celui qu'on lui avait attribué. En outre, il a eu l'occasion d'observer dans des ovariotomies des phénomènes d'intoxication tellement aigus par l'acide phénique qu'il n'est plus porté à employer la méthode antiseptique.

(*Wiener. med. Wochensch* et *Paris médical.*)

VOMISSEMENTS HYSTÉRIQUES AYANT DURÉ DIX MOIS ET CAUSÉS PAR UN DÉPLACEMENT DE L'UTÉRUS.

Par M. GRAILLY HÉWITT.

Une jeune femme de vingt ans, dont la menstruation était suspendue depuis dix mois, vomissait absolument tous ses aliments.

Elle était arrivée à un degré d'émaciation et de faiblesse extraordinaire. L'examen fit constater une antéversion complète de l'utérus avec flexion considérable, et l'on considéra les troubles gastriques comme en rapport avec cette lésion utérine. En effet, à la suite du traitement du déplacement de l'utérus, les vomissements disparurent, la force et l'appétit revinrent rapidement, et, au bout de quelques semaines, la guérison put être considérée comme définitive.

(*Clinical society of London* et *Paris médical.*)

UTÉRUS BIPARTITUS GLOBULARIS.

Cette anomalie, dont l'observation a été rapportée par M. le docteur A. Hergott, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, a été constatée seulement à l'autopsie sur une femme d'une cinquantaine d'années environ, morte à l'hospice de Maréville.

La vulve, normalement développée, ne présentait rien de particulier; les petites lèvres seules, plus volumineuses que d'habitude, dépassent un peu le rebord du repli cutané formé par les grandes lèvres qui, du reste, sont tout à fait régulières. Au fond de cet orifice, au-dessous du méat urinaire, à l'entrée du canal vaginal, se trouve une cloison vaginale qui sépare ce conduit en deux parties égales.

Une incision longitudinale pratiquée de chaque côté du vagin a permis de constater les rapports de ce canal avec l'utérus. Le vagin droit entourait nettement la partie cervicale de l'utérus représentée par une petite éminence percée à son centre. Un stylet mousse, introduit dans cette ouverture cervicale, ne put pas pénétrer à plus de un centimètre de profondeur.

Le canal vaginal gauche se terminait en entonnoir percé à son

centre d'un orifice par lequel M. le docteur Hergott put introduire un stylet jusqu'à une profondeur de six centimètres. Il n'y avait donc pas de col utérin, mais seulement communication en entonnoir entre la cavité vaginale et la cavité utérine.

Une section transversale et de haut en bas du corps de l'utérus a permis d'apercevoir que les cavités utérines, nettement séparées l'une de l'autre par une cloison très-épaisse, étaient très-peu développées. Elles ne mesuraient pas plus de trois millimètres de diamètre et formaient chacune un canal long et étroit. La muqueuse qui tapissait ces deux cavités était lisse et comme vernissée.

L'orifice interne du côté droit était atrésié. Il n'a pas été possible à M. le docteur Hergott de constater l'existence d'une communication quelconque avec les trompes, qui étaient régulièrement développées. Dans le fond de l'utérus, à gauche, se trouvait un petit corps fibreux interstitiel. Les ovaires étaient atrophiés, plissés, et rappelaient ceux d'une vieille femme.

En résumé, ces organes génitaux étaient donc remarquables, non-seulement par la duplicité complète du canal vaginal, dont les exemples ne sont pas très-rares, mais surtout par la forme extérieure régulière, globuleuse, par la petitesse des cavités utérines, et par l'atrésie de l'orifice interne du côté droit.

Les exemples d'*utérus bipartitus*, d'utérus double, complètement cloisonné, d'apparence extérieure normale, sont, en effet, extrêmement rares, car, dans presque tous les cas d'utérus double cités par les auteurs, on a constaté sur le bord supérieur de cet organe une dépression plus ou moins marquée, dernier vestige de l'état embryonnaire. En outre, parmi les quelques utérus décrits comme appartenant à la catégorie des utérus doubles d'apparence extérieure normale, faut-il en écarter quelques-uns qui rentrent véritablement dans la classe des utérus bicornes.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

RUPTURE TRANSVERSALE DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

La nommée H...(Marie), âgée de quarante et un ans, femme robuste et d'une taille de 1m,56, était entrée à la Maternité dans le service du

docteur Charlier (de Bruxelles). Le travail de l'accouchement était commencé et la poche des eaux rompue depuis cinq ou six heures. Bien que le col de l'utérus ne fût guère effacé, cependant l'orifice interne admettait l'extrémité du doigt. Le lendemain, à deux heures de l'après-midi, le col, un peu dévié vers la droite, n'était pas encore tout à fait effacé lorsque la femme fut prise de frissons, de nausées et de vomissements. Le soir seulement la dilatation du col était complète, les douleurs étaient très-vives et la tête modérément engagée. A l'auscultation, les bruits du cœur du fœtus avaient cessé de se faire entendre ; seul, un bruit de souffle assez intense était perçu sur une grande étendue.

Le surlendemain, au matin, la tête se trouvait au même niveau que la veille. La parturiente était extrêmement agitée et couverte de sueur. Pendant la nuit, les douleurs avaient été très-fortes, et de violents efforts avaient épuisé la malade. Celle-ci était plongée dans le collapsus, le pouls était imperceptible, la peau froide, les traits tirés et les douleurs complètement suspendues. Il existait aussi un peu de délire, mais pas de traces d'hémorrhagie.

Bien que la palpation abdominale n'indiquât rien d'anomal, M. le docteur Charlier crut pouvoir diagnostiquer une rupture de l'utérus. On fit une injection d'un centigramme de morphine, et on administra des excitants. Sous leur influence, un mieux parut s'établir, mais il fut de courte durée, et la malade mourut subitement vers onze heures du matin.

La version fut immédiatement pratiquée. Au moment où la tête était refoulée en haut, il s'écoula une grande quantité de sang ; l'enfant était mort et déjà en voie de putréfaction.

Autopsie. — Poumons infiltrés de sang noir. Cœur de volume normal, mais présentant un commencement de dégénérescence graisseuse. La cavité abdominale renferme une grande quantité de liquide sanguin ; feuillet du pariétal fortement injecté et recouvert d'une masse semi-liquide légèrement jaunâtre. Même dépôt sur les anses intestinales. Quelques caillots sanguins à la surface du grand épiploon ; mésentère injecté.

Le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesure que 6 centimètres ; à la face postérieure de la symphyse pubienne on constate l'existence d'une tumeur mesurant 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre d'épaisseur et formée par du tissu fibro-cartilagineux.

La matrice, volumineuse, repose dans la fosse iliaque et l'hypo-

chondre du côté droit. En l'enlevant, on constate une rupture complète du vagin près de son insertion à l'utérus. Cette déchirure transversale mesure $0^m,15$ de longueur. Elle laisse passer le placenta, dont la partie membraneuse se trouve encore engagée dans le vagin. Au niveau de cette solution de continuité, le péritoine est décollé. Les parois de l'utérus ont une épaisseur de $0^m,04$; sa cavité renferme quelques caillots sanguins ; le point d'insertion du placenta est très-distinct. On ne constate aucune autre lésion matérielle qui puisse expliquer la rupture.

Les déchirures transversales de l'extrémité supérieure du vagin sont rares ; elles sont dues presque toujours à un traumatisme. Chez la malade du docteur Charlier, la rupture a été spontanée ; elle est survenue, chez une femme en travail, en dehors de toute manœuvre obstétricale, et s'explique par le fait du rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin et par la compression produite par la tumeur qui faisait saillie à la paroi postérieure de la symphyse du pubis.

(*Presse méd. belge* et *Gazette des Hôpitaux*.)

CACHET EN BOIS AYANT SÉJOURNÉ PLUSIEURS ANNÉES DANS LE VAGIN.

Nous avons signalé à plusieurs reprises le séjour de corps étrangers dans le vagin. Voici d'après le *British medical journal* la description d'un corps qui n'avait pas été observé. M. Luscombe raconte qu'il fut appelé pour voir une vieille de soixante-dix ans souffrant d'une constipation opiniâtre. Quatorze ans auparavant, comme elle sentait des douleurs dans le dos et des pesanteurs au périnée, une vieille femme lui conseilla de porter un instrument de bois fait comme les cachets que l'on emploie pour timbrer les ronds de beurre.

Elle s'en fit faire un par le charpentier du voisinage, se l'introduisit dans le vagin et le porta pendant douze ans sans accident, le retirant de temps à autre. Au bout de ce laps de temps, un jour, il lui fut impossible de l'extraire.

Elle ne s'en tourmenta pas plus longtemps et le laissa en place sans en souffrir pendant deux ans.

Au bout de ce temps, douleurs vives et constipation opiniâtrè. Elle prit de la fièvre, langue sèche, facies altéré. M. Luscombe, qui la vit alors, réussit à l'extraire avec une main dans le vagin et deux doigts dans le rectum. A cet instant, il s'écoula par le rectum et le vagin simultanément une masse de fèces fétides. La malade, malgré son âge, guérit bien, avec sa fistule toutefois.

L'instrument avait les mesures suivantes : Circonférence 18 centimètres, longueur 7, 5, largeur 5 centimètres; épaisseur du bois environ 1 centimètre, longueur du manche 3 centimètres, circonférence de ce manche 6 centimètres.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

FOLIE PUERPÉRALE INSTANTANÉE.

Une fille de dix-neuf ans vint faire ses couches dans le service de M. le docteur Vauverts (de Lille). Tout alla bien jusqu'au moment où cette femme, accouchée et délivrée depuis trois quarts d'heure, fut transportée dans la salle commune ; tout à coup elle se leva, mit tout en désordre, frappant et brisant tout ce qui lui tombait sous la main. Cet accès de folie fut tel qu'on fut obligé de lui mettre la camisole de force.

Deux jours après, cette femme ne présentait plus aucun signe de manie. Plus tard, elle eut au sein des abcès très-douloureux qui ne provoquèrent nullement le retour d'accidents semblables (*Ext. du Journal de la Soc. méd. de Lille*).

Cette observation est extrêmement intéressante au point de vue médico-légal. En effet, cette femme aurait pu, dans cet accès de folie, tuer son enfant s'il s'était trouvé à sa portée.

(*Le Réveil médical.*)

L'ÉRUCTATION VULVAIRE.

Le phénomène qui fait l'objet de cette note est moins une maladie qu'une cause de gêne et d'inquiétude pour les personnes qui en sont

atteintes. Il consiste dans l'expulsion bruyante de gaz hors du vagin. Dans l'espace de deux ans, le Dr Lohlein l'a observé huit fois sur 750 malades du service de gynécologie ; trois de ces malades seulement s'en étaient plaintes d'elles-mêmes.

Les conditions de production sont l'introduction de l'air dans le vagin, grâce à une occlusion vulvaire insuffisante, et sous l'influence d'un excès de la pression atmosphérique sur la pression intra-abdominale, et l'expulsion de ce fluide sous l'influence d'une augmentation brusque de la pression intra-abdominale. Pour Lohlein, il s'agit dans ces cas d'air atmosphérique et non de gaz développé dans le vagin ou provenant de l'intestin.

Les circonstances qui rendent insuffisante l'occlusion vulvaire sont : 1° les fissures latérales de la partie postérieure de la vulve, jointes à un faible développement des petites et des grandes lèvres ; 2° une laxité exagérée des parois vaginales et une fissure peu étendue du périnée. (Les déchirures profondes du périnée ne se sont rencontrées dans aucun cas.)

Les positions du corps les plus propres au développement de ce phénomène sont celles qui diminuent la pression intra-abdominale : telles que la position sur les genoux et les coudes, le décubitus sur l'un ou l'autre côté du ventre, le décubitus dorsal avec les bras relevés sur la tête, l'acte de monter au lit précipitamment, etc.

Le fait a toujours été observé par l'auteur dans la première semaine après la couche. Les moyens employés ont été la suture des fissures vaginales, les bains astringents.

(Rev. des sciences méd.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

GUÉRISON PAR LE CHLOROFORME D'UN CAS D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Le Dr Canada a observé le fait suivant : une femme de trente-huit ans, nerveuse et robuste, ayant eu huit grossesses dont une terminée

par un avortement, fut attaquée dans avant-dernière de convulsions qui cessèrent après l'accouchement. Au huitième mois de la dernière, elle présenta des symptômes qui firent songer à un accouchement prématuré. Plus tard, elle eut de violents accès d'éclampsie ; on cessa d'entendre les battements du cœur fœtal, et il n'y eut plus de mouvements ; saignée du pied pour provoquer l'accouchement. Peu après, expulsion d'un fœtus mort et de ses enveloppes ; les accès d'éclampsie continuèrent avec plus de violence et même se rapprochèrent. Les antispasmodiques n'ayant rien produit, on eut recours aux inhalations de chloroforme, ils disparurent très rapidement (*Revista di medicina y cirurgia practicas*, 22 avril 1880, n° 92, p. 397 et *Paris médical*).

INJECTION INTERSTITIELLE D'ERGOTINE DANS UN CAS DE PARALYSIE DU SPHINCTER ANAL, SUITE DE COUCHES.

Une dame ayant, depuis quatre mois, une paralysie du sphincter anal à la suite de couches était affectée d'une incontinence des matières fécales. Elle n'avait aucune déchirure des parties.

Le Dr Larger, après divers moyens inutiles, fit une injection hypodermique avec une solution au dixième d'ergotine. Elle fut suivie de douleur pendant une heure. Il y eut amélioration immédiate. Deux jours après, nouvelles injections. Il y eut peu de douleurs et l'amélioration augmenta. A la cinquième injection, la guérison fut complète. Il faut employer :

Ergotine fraîche.	1 gramme.
Eau distillée de laurier cerise.	10 —

et injecter le contenu d'une seringue, c'est-à-dire un gramme contenant un décigramme.

FORMULAIRE

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE, CHEZ LA FEMME, PAR LES INJECTIONS VÉSICALES (J. CHÉRON).

L'uréthrite se montre fréquemment chez la femme atteinte de métrite chronique.

Avec la prédisposition que crée la diathèse, on voit survenir cette affection sous l'influence d'une fatigue, sous l'influence de l'usage des excitants de l'urèthre (vin blanc, bières, liqueurs) ou consécutivement à la cystite du col si fréquente chez les arthritiques atteintes de métrite chronique ou chez les femmes enceintes.

Depuis que je suis médecin de Saint-Lazare, voilà plus de dix ans, j'ai traité dans mon service un nombre considérable d'uréthrites.

Pendant les premières années, suivant les errements classiques, les boissons émollientes étaient employées d'abord, puis venaient ensuite le copahu et le cubèbe.

Grâce à ce traitement, quelques malades atteintes d'uréthrite restaient dans les salles pendant sept et huit mois. La plupart y faisaient un séjour de six semaines, en moyenne.

La cautérisation du canal de l'urèthre à l'aide de la solution de nitrate d'argent à 50 p. 0/0 ou du crayon lui-même, pratiquée pendant de longs mois, dut être abandonnée, tant ce moyen thérapeutique était douloureux. Il ne donna point, d'ailleurs, des résultats sensiblement plus rapides que le précédent.

Après ma communication au Congrès de Bruxelles, en 1876, je venais, après avoir démontré les propriétés antiseptiques et antipurulentes de l'acide picrique, de faire l'application de ce moyen thérapeutique au traitement de la blennorrhagie chez l'homme lorsque je tentai d'obtenir le même résultat chez la femme.

Mais une injection faite dans le canal de l'urèthre ne peut y être maintenue, pendant quelques instants comme chez l'homme.

Je pratiquai alors des injections dans la vessie avec une solution à 4 p. 0/0, connaissant l'innocuité absolue de cette substance sur les parois vésicales.

Peu à peu ce moyen fut le seul employé, dans mon service, pour le traitement de l'uréthrite, et, grâce à son emploi, il est rare de voir cette affection résister plus de douze jours en moyenne.

J'ai employé plusieurs solutions qui rendent sensiblement le même service : le salicylate de soude, le borax, l'alun. Voici les formules.

Acide picrique.	2 grammes.
Eau distillée	500 —

Faire une injection tous les jours, même dans l'uréthrite aiguë.

Salicylate de soude	4 grammes.
Eau distillée	120 —

L'injection doit être faite tous les deux jours. — Uréthrite aiguë et chronique.

Borate de soude	6 grammes.
Eau distillée	120 —

Cette injection peut être pratiquée tous les jours. — Uréthrite subaiguë et chronique.

Sulfate d'alumine et de potasse	2 grammes.
Eau distillée	120 —

Cette solution ne doit être employée que tous les deux ou trois jours. Il faut en alterner l'usage avec celui de la solution picrique. — Dans l'uréthrite chronique.

Il ne faut pas vider la vessie et faire usage de la seringue utérine de Brown à canule d'argent longue et mince présentant une courbure nécessaire.

On injecte de 4 à 30 grammes de liquide.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE.

Par le docteur ROTTENSTEIN.

Le Dr Rottenstein, dans un savant ouvrage sur l'anesthésie chirurgicale, vient de traiter à nouveau l'historique de la découverte de l'anesthésie. D'après des documents de la plus grande authenticité, il établit que c'est à un dentiste de Hartford, Horace Wells, que revient l'honneur de la découverte de l'anesthésie, et non à Morton et Jakson comme on le croit généralement en France.

Horace Wells, qui avait observé à un cours de chimie fait par le Dr Colton les effets anesthésiants du protoxyde d'azote, eut le premier l'idée de l'employer à l'extraction des dents et fit sa première opération le 10 décembre 1844.

L'auteur consacre un intéressant chapitre aux progrès de l'anesthésie. Il y raconte comment le protoxyde d'azote fit place à l'éther qui, lui-même, fut bientôt remplacé par le chloroforme. Il traite ensuite des caractères et des préparations des principaux agents qui ont été appliqués à l'anesthésie chirurgicale, protoxyde d'azote, éther, chloroforme, amylène et chloral.

Le Dr Rottenstein expose l'action générale des anesthésiques sur l'économie, l'action physiologique du protoxyde d'azote, puis il s'étend longuement sur le mode d'administration des agents anesthésiques qui comprend les mesures générales à prendre avant l'inhalation, l'administration du chloroforme, de l'éther, du protoxyde d'azote. Il signale les accidents qui peuvent survenir avant et après l'anesthésie; il indique le traitement de ces accidents, les indications et contre-indications à l'emploi des anesthésiques. Il étudie les applications de l'anesthésie à la chirurgie générale, à la chirurgie oculaire, à la chirurgie dentaire, à la chirurgie de l'armée, et à la recherche des maladies simulées.

Après avoir exposé les questions de médecine légale et de responsabilité médicale qui peuvent être soulevées par la pratique de l'anesthésie chirurgicale, l'auteur consacre un long chapitre à l'anesthésie par la méthode de Paul Bert. Cette méthode qui consiste dans l'emploi du protoxyde d'azote sous tension, il la considère comme le moyen anesthésique par excellence et déclare ce moyen supérieur au chloroforme et à l'éther : « 1° par l'absence de toute période d'excitation au début de l'anesthésie; 2° par la tranquillité qu'il donne au chirurgien, assuré que le dosage de l'agent anesthésique ne peut changer pendant le cours de l'opération ; 3° par le retour rapide, même après une longue anesthésie, à la sensibilité complète ; 4° par l'absence de vomissements consécutifs ; 5° enfin, et c'est là le point le plus essentiel, par sa complète innocuité. »

Le chapitre consacré à l'application de l'anesthésie à l'obstétrique n'est pas de beaucoup le moins intéressant. Après l'exposé des théories et des opinions qui ont cours actuellement sur l'emploi des anesthésiques en obstétrique, M. Rottenstein tire les conclusions suivantes :

1° L'emploi des anesthésiques doit être conseillé d'une manière générale dans l'accouchement naturel ;

2° Le chloroforme paraît être celui qu'on doit préférer ;

3° Il doit être administré suivant la méthode de Snow, c'est-à-dire par petites doses au début de chaque douleur, et en le suspendant dès que la douleur est passée ;

4° On ne doit jamais pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète, mais se borner à une demi-anesthésie, c'est-à-dire à une atténuation de la souffrance ;

5° On donne généralement le précepte de n'administrer le chloroforme que pendant la période d'expulsion ; cependant dans certains cas de nervosité et d'agitation extrêmes, il est avantageux de ne pas attendre la complète dilatation du col pour employer les anesthésiques ;

6° Les expériences ont démontré que les anesthésiques ne suspendent ni les contractions utérines, ni celles des muscles abdominaux, et qu'elles affaiblissent la résistance naturelle des muscles du périnée ;

7° L'emploi des anesthésiques n'a aucun effet fâcheux sur la santé de la mère, ni sur celle de l'enfant ;

8° En atténuant plus ou moins la souffrance, les anesthésiques

rendent un grand service aux femmes qui redoutent la douleur, ils diminuent les chances des crises nerveuses qui ont pour cause, pendant le travail, l'excès de la souffrance ; enfin ils rendent plus rapide le rétablissement de l'accouchée ;

9° Les anesthésiques sont spécialement utiles pour calmer l'extrême agitation et l'excitation cérébrale que le travail produit souvent chez les femmes très nerveuses ;

10° Leur emploi est indiqué dans le cas d'accouchement naturel, lorsque le travail est suspendu ou retardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail, et dans le cas où des contractions irrégulières et partielles occasionnent une souffrance interne et presque continue, sans concourir au progrès du travail ;

11° L'anesthésie est évidemment indiquée dans les cas où il faut appliquer le forceps ou pratiquer toute autre manœuvre obstétricale; dans ce cas elle doit être complète ;

12° Dans l'accouchement naturel, le chloroforme ne devra être employé qu'avec l'assentiment de l'accouchée et de sa famille.

En résumé, d'après l'auteur, le chloroforme est le plus dangereux de tous les agents anesthésiques ; il ne doit être employé que dans les cas exceptionnels. L'éther est moins dangereux et doit lui être préféré. Le protoxyde d'azote pur est inoffensif. Il agit rapidement mais ne peut être utilisé que dans les opérations de courte durée. Grâce à la méthode de Paul Bert il est devenu l'agent anesthésique le plus précieux qui doit être employé le plus souvent possible.

Dr R. F.

Directeur-Gérant : Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

TABLE ALPHABÉTIQUE

1803. — ABBEVILLE. — TYP. ET STER. GUSTAVE RETAUX.



